

T
649.123
BAM
2 @1



**DEPRIVASI MATERNAL ASPEK PSIKOSOSIAL
PADA ANAK BALITA YANG TINGGAL
DI PANTI ASUHAN**

MARGARETHA BANUNAEK

TESIS

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh
gelar Brevet Dokter Spesialis Anak
Program Pendidikan Dokter Spesialis - 1

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS - 1
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
S E M A R A N G
1 9 9 9**

Penelitian ini dilakukan di Bagian Ilmu Kesehatan Anak
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh sebutan
Dokter Spesialis Anak

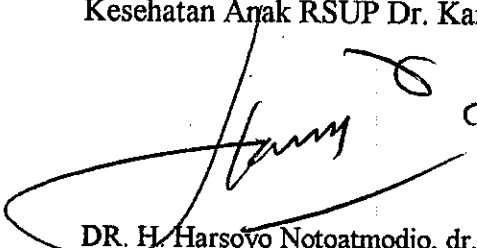
**HASIL DAN ISI PENELITIAN MERUPAKAN HAK MILIK
BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

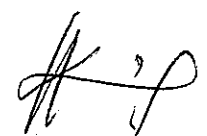
Disetujui untuk diajukan
Semarang, Agustus 1999

Ketua Bagian IKA FK UNDIP/SM
Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi



KPS PPDS-1 IKA FK/UNDIP
RSUP Dr. Kariadi


DR. H. Harsoyo Notoatmodjo, dr, DTM&H, SpAK
NIP : 130.324.167


Hj. Kamilah Budhi Rahardjani, dr, SpAK
NIP : 130.354.868

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : **DEPRIVASI MATERNAL ASPEK PSIKOSOSIAL PADA ANAK BALITA YANG TINGGAL DI PANTI ASUHAN.**

Ruang Lingkup : Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi.

Pelaksana Penelitian
 Nama : Margaretha Banunaek, dr
 NIP : 140.206.430
 Pangkat/golongan : III/b, Penata Tingkat I
 Jabatan : Peserta PPDS-I IKA FK UNDIP
 Tempat penelitian : Sub Bagian Pediatri Sosial/Tumbuh Kembang Bagian IKA FK UNDIP/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi

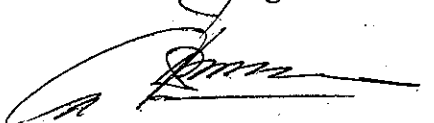
Pembimbing penelitian : P.W. Irawan, dr, SpAK, Msc
 Dra. Suci Murtikarini, MSi
 J.C. Susanto, dr, SpAK.

Jangka waktu : 6 bulan

Sumber biaya : Atas biaya sendiri

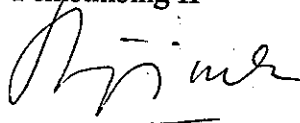
Semarang, Agustus 1999

Disetujui oleh :
 Pembimbing I



P.W. Irawan, dr, SpAK, M.Sc
 NIP : 140.091.229

Pembimbing II



Dra. Suci Murtikarini, M.Si
 NIP : 130.818.799

Pembimbing III



J.C. Susanto, dr, SpAK
 NIP : 140.091.675

Peneliti



Margaretha Banunaek, dr
 NIP : 140.206.430

KATA PENGANTAR

Sebagai salah satu persyaratan dan merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan Pendidikan Dokter Spesialis-I Bidang Ilmu Kesehatan Anak di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang, maka setiap peserta program harus melakukan penelitian.

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena kami telah dapat menyelesaikan tugas ini dengan mengambil judul : **“DEPRIVASI MATERNAL ASPEK PSIKOSOSIAL PADA ANAK BALITA YANG TINGGAL DI PANTI ASUHAN”**

Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada berbagai pihak yang mendukung pelaksanaan penelitian ini, pertama kali kami ucapkan terima kasih kepada Prof. Moeljono S. Trastotenojo, dr, SpAK selaku Rektor Universitas Diponegoro pada periode 1990-1994 dan Prof, DR. Muladi, SH selaku Rektor Universitas Diponegoro pada periode 1994-1998 dan Prof. Ir. Eko Budhihardjo periode 1998 sampai sekarang yang telah memberi kesempatan kepada peneliti untuk mengikuti pendidikan Dokter Spesialis I dalam bidang Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Terima kasih juga disampaikan kepada Prof. dr. Soebowo, SpPA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro periode 1993-1996 dan kepada Anggoro DB Sahcro, dr, SpAK, DTM&H selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas

Diponegoro periode 1996 sampai sekarang, yang telah memberikan ijin belajar di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK Undip/SMF Kesehatan Anak RSUP Dokter Kariadi Semarang.

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada Anityo Mochtar dr, SpPD, SpJP selaku Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1992-1996 dan kepada Sulaeman, dr, SpA, MM, M.Kes, selaku Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1996 sampai sekarang yang telah memberi kesempatan pada peneliti mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I di Bagian IKA FK Undip/SMF Kesehatan Anak RSUP Dokter Kariadi Semarang.

Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada Prof. Hardiman Sastrosueboto, dr, SpAK, selaku Kepala Laboratorium IKA FK Undip/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1992-1995 dan juga kepada Prof. DR. I. Sudigbia, dr, SpAK selaku Ketua Bagian/SMF Kesehatan Anak FK Undip/RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1995-1997. Selanjutnya kepada DR. H. Harsoyo Notoatmodjo, dr, SpAK, DTM&H selaku Ketua Bagian/SMF Kesehatan Anak FK Undip/RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1997 sampai sekarang yang telah memberikan kesempatan peneliti untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK/RSUP Dr. Kariadi dan juga memberikan bimbingan serta petunjuk selama peneliti mengikuti pendidikan.

Demikian pula kepada Prof. DR. R. Haryono Suyitno, dr, SpAK peneliti mengucapkan terima kasih selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis I Bagian IKA FK Undip/SMF Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang sampai periode

1997 dan juga kepada Hj. Kamilah Budhi Rahardjani, dr, SpAK selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis I Bagian IKA FK Undip/SMF Kesehatan anak periode Maret 1997 sampai sekarang, peneliti mengucapkan banyak terima kasih atas bimbingan petunjuk dan limpahan ilmu.

Secara khusus saya menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada P.W. Irawan, dr, SpAK, M.Sc sebagai pembimbing I dan Dra. Suci Murtikarini, M.Si sebagai pembimbing-II, serta J.C. Susanto, dr, SpAK sebagai pembimbing-III, atas segala saran sehingga penulisan tesis ini dapat penulis selesaikan dengan baik.

Kepada semua staf pengajar di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP Semarang yang telah banyak memberi limpahan pengetahuan, bimbingan, dorongan serta arahan yang sangat penting sebagai bekal untuk pengabdian di masa yang akan datang, kami ucapkan banyak terima kasih. Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Rochmanadji W, dr, SpAK selaku dosen wali atas dorongan yang telah diberikan selama kami mengikuti pendidikan.

Kepada Ditsospol Tingkat I Propinsi Jawa Tengah, Ditsospol Tingkat II Kabupaten Semarang, Bappeda Tingkat I Propinsi Jawa Tengah, Bappeda Tingkat II Kabupaten Semarang, Kanwil Departemen Sosial Tingkat I Propinsi Jawa Tengah, Departemen Sosial Tingkat II Kabupaten Semarang atas izin yang diberikan hingga penelitian ini dapat kami lakukan.

Kepada pimpinan dan pengurus Panti Asuhan Wikrama Putra di Ngalian Semarang, Diakonia Harapan di Bawen, YPAB (Yayasan Pemeliharaan Anak dan Bayi) di Solo dan YPBT (Yayasan Pemeliharaan Bayi Terlantar) di Klaten yang telah bersedia menerima kami dengan segala keramah-tamahannya dan membantu kami dengan tekun sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar, saya mengucapkan terima kasih. Kepada semua balita yang saya jadikan obyek penelitian, saya mengucapkan terima kasih atas kerelaannya untuk diteliti.

Kepada Dra. Endang Widyorini, MSi, Dosen Psikologi Universitas Katolik Soegijapranata, dengan ketulusan hati menerima kami untuk berkonsultasi, Christina Dintje Puspitarini Koehoe dan kawan-kawan, mahasiswa Universitas Katolik Soegijapranata yang ikut berpartisipasi membantu kami dalam penilaian skoring tes kematangan sosial Vineland, serta MEG Adona paramedis yang telah membantu peneliti.

Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada Wahyu Rohadi, dr, MSc atas bantuannya dalam pengolahan dan analisa data sehingga peneliti dapat menyelesaikan penulisan laporan penelitian ini.

Akhir kata peneliti merasa bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu segala kritik dan saran akan kami terima dengan senang hati demi perbaikan dimasa yang akan datang. Semoga Tuhan Yang Maha Esa maha bijaksana melimpahkan rahmat dan berkatnya kepada kita semua.

Semarang, Agustus 1999

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar pengesahan	i
Kata pengantar	ii
Daftar isi	vi
Daftar gambar	x
Daftar tabel	xi
Daftar lampiran	xii
Abstrak	xiii

BAB I. Pendahuluan

A. Latar belakang	1
B. Perumusan masalah	2
C. Masalah	3
D. Tujuan penelitian	3
E. Manfaat penelitian	4

BAB II. Tinjauan pustaka

A. Sindrom depprivasi maternal	5
B. Perkembangan tingkah laku lekat	7
1. Pengertian	7
2. Timbulnya tingkah laku lekat	10
(1). Hipotesis mengenai dorongan sekunder	10
(2). Sifat kognitif persepsual	12
(3). Control theory of attachment behavior	12
3. Tahapan perkembangan tingkah laku lekat	14
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh dan berkembang tingkah laku lekat	16
1. Kondisi anak	16
2. Kondisi lingkungan.....	16
2.1. Faktor endogen.....	16
2.2. Faktor eksogen.....	17
2.2.1. Faktor lingkungan	17
2.2.2. Faktor interaksi	19
3. Peran pengasuhan anak	20
3.1. Pembantu rumah tangga	21
3.2. Pramusiwi	22
3.3. Keluarga sendiri	22

3.4. Tempat Penitipan Anak (TPA)	22
3.5. Panti asuhan	23
3.5.1. Panti asuhan asrama	23
3.5.2. Panti asuhan “cottage”	23
D. Perkembangan psikososial	25
1. Pengertian	25
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kematangan psikososial	25
E. Dampak sindrom deprivasi maternal.....	28
F. Landasan teori	32
G. Kerangka konseptual	33
H. Hipotesis	34

BAB III. Metode penelitian

A. Rancangan penelitian	35
B. Unit analisis	35
C. Populasi dan sampel penelitian	35
D. Kriteria inklusi dan eksklusi	35
E. Pengumpulan data	36
F. Variabel yang diteliti	36
G. Definisi operasional	37
H. Analisis data	38

BAB IV. Hasil	39
BAB V Pembahasan	50
BAB VI Kesimpulan dan saran	
1. Kesimpulan	57
2. Saran	58
Daftar pustaka	59
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kenyamanan kontak tubuh pada anak-anak kera.....	11
Gambar 2. Sistem interaksi dalam keluarga	20
Gambar 3. Deprivation dwarfism	28

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Sebaran menurut jenis kelamin, umur, latar belakang, lama tinggal, tingkat pendidikan pengasuh, frekuensi sakit, sindrom deprivasi maternal dan status gizi	39
Tabel 2. Hubungan antara anak yang tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	40
Tabel 3. Hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	41
Tabel 4. Hubungan antara latar belakang anak dititipkan di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	42
Tabel 5. Hubungan antara umur dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	43
Tabel 6. Hubungan antara lama tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	44
Tabel 7. Rasio antara pengasuh dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	45
Tabel 8. Hubungan antara frekuensi sakit dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	46
Tabel 9. Hubungan antara status gizi TB/U dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	47
Tabel 10. Hubungan antara status gizi menurut BB/TB dengan kejadian sindrom deprivasi maternal	48
Tabel 11. Hubungan antara asupan kalori dengan kejadian sindrom deprivasi maternal.	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Kuesioner Penelitian

Lampiran B. Pemeriksaan Skor Vineland

Lampiran C. Data Penelitian

Lampiran D. Ijin Penelitian

DEPRIVASI MATERNAL ASPEK PSIKOSOSIAL PADA ANAK BALITA YANG TINGGAL DI PANTI ASUHAN

Margaretha Banunaek, P.W. Irawan, Suci Murtikarini, J.C. Susanto.

ABSTRAK

Latar Belakang : Keluarga adalah sistem sosial yang paling penting dan merupakan lingkungan yang kondusif untuk memenuhi kebutuhan dasar dalam proses tumbuh kembang anak sedangkan ibu sebagai figur lekat merupakan tokoh yang sangat berperan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, namun sering dijumpai anak kehilangan figur lekat karena berbagai sebab misalnya karena perceraian atau anak yang lahir di luar nikah. Hal tersebut menyebabkan anak harus dirawat oleh orang lain misalnya panti asuhan.

Tujuan : Untuk mengetahui apakah anak yang dirawat di panti asuhan mengalami sindrom deprivasi maternal aspek psikososial.

Metode penelitian : Penelitian dengan rancangan belah lintang, terhadap 61 anak dari 4 panti asuhan tipe asrama di Jawa Tengah sejak Nopember 1997 sampai April 1998. Anak-anak tersebut dilakukan uji kematangan psikososial dengan skor Vineland. Hubungan antara kejadian sindrom deprivasi maternal dengan berbagai variabel pengaruh seperti umur, jenis kelamin, lama tinggal, latar belakang, tingkat pendidikan pengasuh, rasio pengasuh, frekuensi sakit, status gizi serta asupan kalori diuji dengan kai kuadrat dan multiple logistik regresi.

Hasil penelitian : Dari 61 anak, 42 (68%) berasal dari orang tua diluar nikah, sebagian besar (59%) berumur kurang dari 3 tahun dan 44 (72%) tinggal di panti asuhan kurang dari 3 tahun. 41 anak (67,2%) mengalami sindrom deprivasi maternal, kejadian ini lebih banyak terjadi pada anak yang dirawat pada umur lebih dari 49 bulan ($p < 0,05$) dan dirawat lebih dari 12-43 bulan ($p < 0,05$) tetapi deprivasi maternal ini tidak mempengaruhi status gizi anak ($p > 0,05$)

Kesimpulan : Makin tua dan makin lama anak dirawat di panti asuhan makin besar kejadian sindrom deprivasi maternal.

Kata kunci : Sindrom deprivasi, figur lekat, panti asuhan

PSYCHOSOCIAL ASPECT OF MATERNAL DEPRIVATION ON CHILDREN LESS THAN FIVE YEARS OLD WHO LIVE IN NURSING HOMES

Margaretha Banunaek, P.W. Irawan, Suci Murtikarini, J.C. Susanto

ABSTRACT

Background : Family is the most important social system and it provides a conducive environment to fulfill basic needs in the process of growth and development of children whereas mother as attachment figure has a very important role in fulfilling the basic needs. But there are children who lack attachment figure due to various causes such as divorce or children born from unmarried couple. This has caused the children to be cared for by other person, such as in the nursing home.

Objective : To find out children who were cared for in nursing homes suffer from the syndrome of psychosocial aspect of maternal deprivation.

Methods : A cross-sectional study on 61 children from four nursing homes was performed in central java between November 1997 and April 1998. The children underwent psychosocial maturity test using Vineland score. The correlation between maternal deprivation syndrome and various dependent variables such as age, sex, length of stay, background, educational of close caregiver, ratio, frequency of illness, nutritional status, and intake of calories are tested with chi-square.

Results : Out of the 61 children, 42 (68 %) were born from unmarried couples, a large proportion (59 %) were less than 3 years old and 44 (72 %) lived in the nursing home for less than 3 years. Forty-one children (67 %) suffered from maternal deprivation syndrome, this occurred more frequently in children that were cared for at more than 49 months old ($P < 0,05$) and in children there were cared for within 12-43 months ($P < 0,05$) but maternal deprivation didn't influence by nutritional status of the children ($P = 0,374$).

Conclusion : The older and the longer a child is cared for in a nursing home, the higher the frequency of maternal deprivation syndrome.

Key words : deprivation syndrome, attachment figure, nursing home.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom deprivasi maternal merupakan masalah besar yang dihadapi anak tetapi belum banyak diketahui atau disadari oleh orang tua, pendidik, maupun pengasuh panti asuhan. ^(1,2)

Arti deprivasi secara harfiah adalah ketidak-adaan atau ketidak-hadiran. Yang dimaksud dengan deprivasi maternal ialah suatu istilah yang menggambarkan hilangnya fungsi ibu atau tidak adanya figur ibu baik fisis maupun non-fisis. ⁽³⁾

Keluarga adalah sistem sosial yang paling penting dan merupakan lingkungan yang alami serta paling utama bagi anak usia balita. Karena dalam keluargalah anak akan memperoleh hak-haknya seperti perlindungan, rasa aman dan memperoleh kasih sayang serta terpenuhi berbagai kebutuhan lain seperti kebutuhan fisik, mental dan sosial secara wajar ⁽⁴⁾.

Kejadian sindrom deprivasi maternal ini diperkirakan meningkat pada dekade 1990 karena banyaknya anak yang lahir dari ibu diluar nikah atau orang tua bercerai, sehingga anak menjadi terlantar serta tidak mendapat pengasuhan sebagaimana mestinya dan terpaksa ditiptkan di panti asuhan. ^(5,6)

Gejala sindrom deprivasi maternal dapat berupa gangguan tumbuh kembang yaitu, fisik, mental dan psikososial. ⁽⁷⁾ Gangguan fisik akan menyebabkan anak mengalami ketidak

seimbangan antara tinggi badan dan umur, anak tersebut umumnya kerdil, gangguan kemampuan belajar, gangguan psikososial berupa hambatan bergaul dengan orang lain, bereaksi negatif terhadap orang lain, agresif, memusuhi serta tidak patuh.

Sindrom deprivasi maternal aspek psikososial adalah yang paling sering ditemukan yaitu hampir 70%.^(8,9) Makin dini anak berpisah dengan ibunya maka makin tinggi risiko terjadinya sindrom deprivasi maternal.^(10,11)

Di Jawa Tengah terdapat beberapa panti asuhan yang sebagian besar mengasuh anak usia sekolah dan hanya sedikit mengasuh anak balita. Tidak ada data terjadinya sindrom deprivasi maternal pada anak di Indonesia pada umumnya atau Jawa Tengah pada khususnya. Oleh karena belum dikenal cara deteksi sindrom deprivasi maternal

Diharapkan pada penelitian ini didapatkan manfaat mencegah sedini mungkin sindrom deprivasi maternal

B. Perumusan masalah.

Sampai saat ini belum ada penelitian tentang sindrom deprivasi maternal khususnya aspek psikososial dan termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi pada balita yang tinggal di panti asuhan di Indonesia umumnya dan Jawa Tengah khususnya.

C. Masalah

1. Apakah terjadi sindrom deprivasi maternal aspek psikososial pada anak yang tinggal di panti asuhan di Jawa Tengah ?
2. Faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan terjadinya sindrom deprivasi maternal aspek psikososial ?

D. Tujuan penelitian.

1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui apakah anak yang tinggal di panti asuhan mengalami sindrom deprivasi maternal aspek psikososial ?

2. Tujuan Khusus :

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya sindrom deprivasi maternal aspek psikososial.

- a. Usia anak.
- b. Lama tinggal.
- c. Status gizi.
- d. Rasio pengasuh.
- e. Latar belakang dititipkan.

E. Manfaat penelitian.

1. Penelitian

Sebagai titik tolak penelitian lebih lanjut

2. Pelayanan

Mencegah sedini mungkin gangguan sindrom deprivasi maternal

Memberikan bahan masukan kepada pengelola panti asuhan.

3. Pendidikan

Meningkatkan wawasan dan pengetahuan kaum ibu mengenai tumbuh kembang anak usia balita

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sindrom Deprivasi Maternal

Masa bayi merupakan masa kritis untuk tumbuh kembang. Oleh karena itu hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu/pengasuh/ibu pengganti dengan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental maupun kematangan psikososial.^(3,7,12)

Sebagai dampak kemajuan pembangunan dengan berbagai sebab, sering seorang anak terlantar untuk mendapatkan pengasuhan sebagaimana mestinya. Hal tersebut menimbulkan kebutuhan dasar yang dibutuhkan anak tersebut untuk tumbuh kembang tidak terpenuhi, sehingga dapat menimbulkan sindrom deprivasi maternal.^(13,14)

Arti deprivasi secara harfiah adalah ketidak-adaan atau ketidak-hadiran. Yang dimaksud dengan deprivasi maternal ialah suatu istilah yang menggambarkan hilangnya fungsi ibu atau tidak adanya figur ibu baik fisis maupun non-fisis. Pada keadaan tersebut fungsi ibu sebagai katalisator, mediator lingkungan dan bagian dari anak, tidak berjalan sebagaimana mestinya. Hal tersebut dapat disebabkan oleh penelantaran anak oleh ibu atau ibu yang sudah meninggal dunia atau meskipun ibu masih ada, namun ibu tersebut sering *absen*. Dampak yang disebabkan oleh ketidak-adaan ibu bukan semata-mata karena kehilangan figur ibu, tetapi yang amat penting dan utama adalah kehilangan kasih sayang dan pengasuhan dalam bentuk pemberian stimulasi mental anak.⁽¹⁵⁾

Ahli lain berpendapat definisi sindrom deprivasi maternal adalah suatu kondisi yang terjadi terutama pada balita yang mengalami ketidak hadirannya atau ketidak pedulian atau tidak mendapat perhatian dari ibunya, karena putusannya hubungan ibu-anak, sehingga anak tersebut mengalami hambatan tumbuh kembang.⁽¹¹⁾ Terdapat beberapa faktor penyebab sindrom deprivasi maternal, yaitu : (1). Umur anak saat berpisah dengan ibunya, (2). Lama perpisahan ibu-anak, (3). Derajat perpisahan, (4). Frekuensi perpisahan, (5). Kualitas hubungan orang tua-anak sebelum perpisahan, (6). Pengalaman anak dengan ibu pengganti dan (7). Penerimaan anak akan ibunya jika ada pertemuan.⁽¹⁶⁾ Selain faktor-faktor tersebut, faktor antropologis budaya setempat juga ikut mempengaruhi terjadinya sindrom deprivasi maternal.⁽¹⁷⁾

Faktor-faktor penyebab sindrom deprivasi maternal adalah : (1). Lama periode perpisahan ibu-anak, dan (2). Perpisahan yang bersifat permanen.⁽¹⁸⁾ Pendapat lain mengatakan bahwa deprivasi maternal terjadi jika bayi dan anak kecil tinggal dalam panti atau rumah sakit tanpa ada ibu pengganti utama, sehingga mengalami hambatan kasih sayang ibu, dan sebagai akibatnya tidak mendapat kesempatan mengadakan interaksi dengan individu sebagai “figur ibu”.⁽¹⁹⁾ Dampak lain dari anak yang dipisahkan dari ibunya dalam jangka waktu lebih 6 bulan terutama pada usia 2,5 tahun kehidupan dapat menimbulkan gangguan intelektual, emosional, sosial (70%) dan fisik.⁽²⁰⁾ Perpisahan serta lingkungan baru ini merupakan faktor risiko tinggi untuk terjadinya sindrom deprivasi maternal.^(16,19) Sedangkan Bee, berpendapat bahwa deprivasi terjadi pada bayi dan anak

kecil yang tinggal pada ibunya atau ibu pengganti, tetapi mengalami kekurangan kasih sayang, kehangatan dan interaksi.⁽²¹⁾

Dari pendapat para ahli tersebut, menunjukkan bahwa sindrom deprivasi maternal akan terjadi, jika anak mengalami kekurangan kasih sayang dan kehangatan dari seorang ibu sebagai figur lekat.⁽²²⁾ Serta sindrom deprivasi maternal yang terjadi dapat bersifat temporer misalnya anak yang rawat inap lama di rumah sakit, atau permanen jika anak hidup di panti asuhan.⁽²³⁾

B. Perkembangan tingkah laku lekat (attachment behavior)

Para ahli berpendapat bahwa tingkah laku lekat merupakan faktor penentu terjadinya sindrom deprivasi maternal.

1. Pengertian

Kelekatan mengandung pengertian bahwa adanya hubungan afektif antara satu individu dengan individu lain.⁽²¹⁾ Tetapi tidak semua hubungan yang bersifat afektif dapat diartikan sebagai kelekatan. Karena kelekatan mempunyai ciri-ciri khusus, yaitu hubungan yang cukup lama, dan ikatan di antara mereka tetap ada walaupun figur lekat tidak tampak dalam jangkauan pandang anak, atau bahkan jika figur lekat (ibu) digantikan orang lain, serta ada perasaan aman.^(8,24) Kelekatan berbeda dengan ketergantungan (dependency). Ketergantungan anak terhadap figur tertentu timbul karena anak tersebut merasakan tidak aman, sehingga tidak mampu melakukan otonomi. Ciri-ciri ketergantungan adalah adanya

kepercayaan terhadap orang yang mampu memberikan bantuan dan rasa aman bagi dirinya.⁽²³⁾

Gunarsa menerangkan bahwa kelekatan pada bayi terhadap ibunya analogi dengan kelakuan mengekor (*imprinting*) anak-anak ayam/bebek ke manapun induknya pergi. Tingkah laku mengekor ini merupakan mekanisme yang kuat dalam keterikatan/kelekatan terhadap ibunya, yang terjadi karena sesuatu yang diperoleh dari kelahiran, dan merupakan sebagai kelakuan naluri. Dan oleh Bowlby keterikatan tersebut dinamakan sebagai kelekatan (*attachment*).⁽²²⁾ Selanjutnya kelekatan antara ibu-anak dalam psikologi perkembangan tetap dipakai dengan istilah *attachment* yang mempunyai hubungan 2 arah yang timbal balik, yaitu kelekatan anak terhadap ibunya dan kelekatan ibu terhadap anaknya. Kelekatan ibu pada anaknya merupakan syarat mutlak bagi anak untuk dapat berkembang dengan sehat, dan merupakan suatu kebutuhan psikis yang pokok, dan jika tidak mendapat pemuasan akan memberikan dampak negatif pada perkembangan anak.^(24,25) Dalam kelekatan anak harus merasakan suatu relasi yang hangat dan kontinu dengan ibu atau pengganti ibu, ditandai oleh perilaku khas yang dilakukan oleh seorang ibu pada saat diperlihatkan bayinya yang baru lahir untuk pertama kalinya.⁽¹¹⁾ Hampir selalu akan terlihat segera setelah melahirkan bahwa si ibu dengan ujung-ujung ibu jari akan menyentuh anggota-anggota tubuh bayinya, dan dalam jangka 9 menit sentuhan jari menjadi belaian dan tekanan-tekanan tangan dengan halus pada tubuh anaknya.⁽²⁵⁾ Hal yang sama pada anjing jika tidak diberikan kesempatan menjilati anaknya segera setelah melahirkan, maka induk anjing tersebut akan menolak anaknya.⁽¹⁴⁾

Klaus & Kennel mengemukakan bahwa ada 9 langkah dalam pembentukan kelekatan ibu pada anaknya, yaitu: (1). Merencanakan kehamilan, (2). Meyakinkan adanya kehamilan, (3). Menerima kehamilan, (4). Gerakan janin, (5). Menerima janin sebagai individu, (6). Proses kelahiran, (7). Melihat bayinya, (8). Meraba bayinya, dan (9). Pemberian asuhan dan pemeliharaan.⁽²⁶⁾

Kelekatan berbeda dengan tingkah laku lekat (*attachment behavior*). Kelekatan merupakan ikatan yang ada pada hubungan antara ibu dan anak, dan merupakan kecenderungan yang stabil untuk selalu mencari kedekatan dan kontak dengan figur-figur khusus, sebagai figur lekat sepanjang waktu. Kelekatan tidak dibatasi oleh ruang (jarak), pandangan mata, dan waktu. Hal inilah yang menyebabkan timbulnya tingkah laku lekat. Sedangkan tingkah laku lekat menunjuk pada aneka ragam tingkah laku yang dinyatakan anak untuk mencari, menambah dan mempertahankan kedekatan serta melakukan komunikasi dengan figur-figur yang menjadi figur lekat anak. Tingkah laku lekat adalah sesuatu yang dapat dilihat, dan kadang-kadang muncul dan kadang-kadang tidak tampak. Intensitas dari tingkah laku lekat sangat bervariasi, tergantung pada situasi lingkungan, pada umumnya tingkah laku lekat ditujukan kepada figur-figur tertentu dan tidak pada setiap orang.⁽²³⁾ Tingkah laku lekat merupakan tingkah laku yang khusus pada manusia, yaitu kecenderungan dan keinginan seseorang untuk mencari kedekatan dengan orang lain, untuk mencari kepuasan dan kenikmatan dalam hubungan dengan orang tersebut.⁽¹⁴⁾ Bayi diperkirakan akan mengembangkan perasaan positif dan perilaku erat pada orang yang sering menjadi sumber kenikmatan, baik karena orang tersebut bisa memberikan

perasaan tenang, mengajak bermain ataupun karena mengurangi rasa kurang nyaman karena rasa nyeri, dingin, rasa lapar atau tekanan psikologis.⁽²⁷⁾

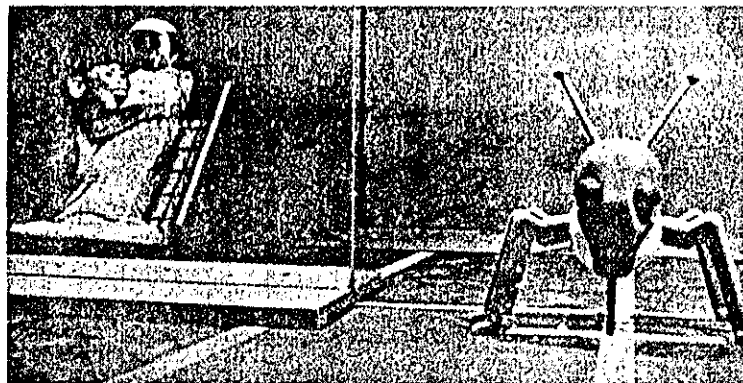
2. *Timbulnya tingkah laku lekat*

Beberapa pendapat tentang timbulnya tingkah laku lekat, yaitu:

1). Hipotesis mengenai dorongan sekunder

Gunarsa mengatakan bahwa ketergantungan sosial terjadi pada bayi dan anak karena ketergantungan kebutuhan-kebutuhan fisiologis, melalui proses belajar misalnya kebutuhan akan makanan mulai saat dan awal menyusui. Dengan terikatnya anak kepada ibunya, si anak dapat memenuhi kebutuhan fisiologisnya dan sedikit demi sedikit belajar bahwa ibunya adalah sumber tempat ia bisa memperoleh kepuasan. melalui proses belajar.⁽²²⁾ Namun Harlow & Harlow (dikutip Mussen dkk) berpendapat bahwa selain kebutuhan akan makanan, tingkah laku lekat juga dipengaruhi oleh *kenyamanan kontak tubuh*. Hal ini dibuktikan dalam suatu penelitian terhadap anak-anak kera yang dibesarkan dalam sebuah kandang dengan dua macam induk tak bernyawa. Salah satu induk terbuat dari kawat dan bayi kera dapat menyusui dari induk tersebut lewat *puting* yang muncul dari dada induk tersebut. Sedangkan induk lain dibungkus dengan kain halus namun tidak dilengkapi dengan sumber makanan lain. Ternyata anak-anak kera tersebut menghabiskan sebagian besar waktunya untuk berdiam pada induk yang terbungkus kain halus tersebut. Anak-anak kera mendatangi induk kawat hanya jika mereka lapar, tetapi jika mereka ketakutan karena berbagai sebab akan mendatangi induk *handuk*. ⁽²⁸⁾ dan merasa lebih

aman pada induk handuk dibandingkan pada induk kawat. Hal ini menunjukkan paling tidak pada binatang, bahwa rasa nikmat yang dikaitkan dengan penyusuan tampaknya bukan merupakan landasan untuk pertalian kelekatan antara orang tua dengan bayinya. Karena induk besi tidak memberikan kehangatan bagi anak kera tersebut.^(27,28)



Gambar 1. Kenyamanan kontak tubuh pada anak-anak kera
Sumber.Mussen,dkk 1994.⁽²⁷⁾

2). Sifat kognitif persepsual

Anak akan tertarik pada seseorang karena sifat-sifat persepsualnya atau sifat-sifat yang dapat dilihat oleh anak. Pada awalnya roman muka manusia mempunyai daya tarik yang alami bagi anak. Jika anak sering kali melihat orang tertentu maka anak akan mengenal sifat-sifat khusus orang tersebut. Bila orang tersebut berada dekat si anak, maka anak merasa aman. Jika ada orang asing mendekat, maka anak akan tahu perbedaan antara orang asing dengan orang yang telah dikenalnya. Anak akan bersifat negatif terhadap orang asing tersebut. Teori ini berpendapat bahwa kelekatan terjadi melalui proses belajar pengamatan, artinya bahwa dari pengamatan berulang-ulang terhadap orang-orang tertentu akan menimbulkan kelekatan.⁽¹⁴⁾

3). *Control theory of attachment behavior*

Hadinoto berpendapat bahwa timbulnya kelekatan anak terhadap figur lekat (biasanya ibunya) adalah akibat aktifnya suatu sistem tingkah laku (*behavioral system*) yang membutuhkan kedekatan dengan ibunya. Jika anak ditinggalkan ibunya atau dalam keadaan takut, sistem tingkah laku tadi segera menjadi aktif dan hanya bisa dihentikan oleh suara, penampilan atau rabaan ibu. Kebutuhan anak untuk menghisap, melekatkan diri, mengikuti, menangis dan ketawa, juga merupakan hal-hal penyebab timbulnya tingkah laku lekat anak. Tetapi apa yang dimaksudkan dengan sistem tingkah laku adalah lebih dari itu, yaitu suatu kumpulan tingkah laku yang lebih kompleks dan bertujuan, yang timbul antara bulan ke 9 dan bulan ke 18. Sedangkan para ahli lain berpendapat bahwa tingkah laku

lekat terjadi pada usia sekitar 7 bulan dengan penyebaran berkisar dari 6 sampai 15 bulan. Sistem tingkah laku ini berkembang karena interaksi anak dengan lingkungannya, terutama dengan ibunya. Berhubung tingkah laku lekat termasuk kelompok tingkah laku sosial dan terjadi akibat aktifnya sistem sesuatu tingkah laku, maka Bowlby menyebutnya sebagai *control theory of attachment behavior*.^(14,25)

Tingkah laku lekat biasanya tampak dengan jelas sampai anak umur 3 tahun. Sampai umur 3 tahun anak akan sukar untuk berpisah dengan ibunya, menangis dan rewel jika ibunya pergi. Ia selalu ingin lekat dengan ibunya, memegang baju ibunya, melekatkan diri secara fisik dengan ibunya. Tetapi setelah umur 3 tahun terlihat perubahan yang mencolok. Anak sekarang bisa merasa aman bersama-sama dengan *subordinate attachment figure*, misalnya saudaranya, atau ibu pengganti (pembantunya), namun demikian tingkah laku lekat ini masih menguasai tingkah laku anak pada waktu ini.⁽²⁵⁾

Paponek & Paponek (dikutip Hadinoto) melaporkan adanya faktor-faktor yang menyebabkan anak melekatkan diri pada seseorang, yaitu :

- (1). Sering melakukan reaksi terhadap tingkah laku anak untuk menarik perhatian
- (2). Sering melakukan interaksi dengan anak secara spontan

Oleh karena itu figur lekat ternyata tidak mesti hanya satu orang atau hanya ibunya, dan jika anak mempunyai figur lekat lebih dari satu orang (*subordinate attachment figure*), maka biasanya ada hierarki di antara orang-orang yang menjadi figur lekat tadi, dan umumnya ibu yang mendapatkan prioritas yang paling atas.⁽²⁵⁾

3). Tahapan perkembangan tingkah laku lekat .

Gunarsa, Maria berpendapat bahwa perkembangan tingkah laku lekat terdiri 4 tahapan yaitu :

Tahap I : Orientasi dan tanda-tanda yang diberikan bayi tanpa diskrimiasi (0 - 3 bulan).

Ciri umum: Pada tahap ini telah tampak adanya perbedaan cara anak menghadapi benda dan orang, tetapi belum mampu membedakan antara satu orang dengan orang lain.⁽²³⁾

Tidak ada diskriminasi jawaban terhadap berbagai pribadi.⁽²²⁾

Ciri khusus: Senyuman mempunyai arti sosial diperlihatkan setelah usia 3 minggu, hanya belum bisa membedakan wajah yang dilihatnya. Reaksi orang dewasa terhadap senyuman berfungsi untuk meredakan dan menimbulkan perasaan dekat.⁽²²⁾ Bentuk-bentuk tingkah laku orientasi ini, misalnya *visual fixation*, *visual tracking*, mendengarkan, *rooting* atau penyesuaian letak tubuh saat anak digendong.⁽²³⁾

Tahap II: Orientasi dan tanda-tanda ditujukan pada satu orang atau lebih yang bersifat khusus (3 - 6 bulan).

Ciri umum: Pada tahap ini anak telah mampu untuk berorientasi pada figur-figur yang telah dikenalnya atau mulai mengarah kepada pribadi-pribadi yang dikenalnya. Reaksi anak terhadap oarang-orang dikenal akan berbeda dengan orang-orang yang belum dikenal.⁽²³⁾

Ciri khusus: Mulai mengenal wajah-wajah tertentu dengan tingkah laku yang diperlihatkan kepada orang yang dikenal seperti senyuman, ocehan. Keterlekatan mulai lebih kuat.⁽²²⁾

Akhir tahap ini dapat lebih lama dari 6 bulan, tergantung pada kondisi pengasuhan anak dan perkembangan sensori-motor.⁽²³⁾

Tahap III: Mempertahankan kedekatan terhadap figur lekat dalam bentuk lokomosi dan kontrol (6 bulan - 3 tahun)

Ciri umum: Mempertahankan hubungan dengan figur lekat tertentu Kelekatan anak terhadap figur lekat yang telah timbul pada tahap-tahap sebelumnya, pada tahap ini tampak lebih kuat. Tingkah laku lekat anak dalam menghadapi ibu sebagai figur lekat mulai terorganisir dan bertujuan.

Ciri khusus: Keterlekatan diperlihatkan dengan reaksi sedih, kecewa dan menangis jika berpisah dengan figur lekat. Reaksi aktif mengikuti kepergian figur lekat dengan merontaronta dan menggerak-gerakkan anggota tubuhnya.^(22,23)

Tahap IV: 3 tahun - akhir masa kanak-kanak

Ciri umum: Membentuk kerjasama Pada tahap ini mulai dapat mengerti dan memahami perasaan-perasaan, motif-motif, maksud dan tujuan atau rencana-rencana ibu untuk mencapai suatu tujuan.

Ciri khusus: Anak sudah bisa berpisah untuk waktu tidak terlalu lama dan mengerti mengapa harus berpisah, sudah bisa diajak kerjasama.⁽²²⁾

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh dan berkembang tingkah laku lekat.

Secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh dan berkembangnya tingkah laku lekat, adalah :

1. Kondisi anak

Anak harus belajar membedakan ibu (atau figur lekat lain) dari orang lain. Hal ini bisa terjadi melalui proses belajar dan tergantung pada pengalaman secara individual. Selain itu penglihatan, dan pendengaran juga mempunyai peranan penting.⁽⁸⁾

2. Kondisi lingkungan

Lingkungan sangat berperan dalam hal tumbuh dan berkembangnya tingkah laku lekat. Dalam lingkungan tersebut, bayi harus mendapat kesempatan berinteraksi dengan figur lekatnya, berkesinambungan, menetap, dan mampu memenuhi kebutuhan anak dengan cepat dan tepat. Timbul dan berkembangnya tingkah laku lekat anak-anak yang dibesarkan dalam keluarga ternyata lebih cepat dibandingkan dengan anak-anak yang hidup di panti asuhan.⁽²³⁾

Kondisi lingkungan erat hubungan dengan faktor-faktor sebagai berikut :

2.1 Faktor endogen :

Faktor ini menekankan pada apa yang disebut sebagai bakat , yaitu faktor genetik heredo-konstitusional yang dibawa sejak lahir.^(10,14) Faktor konstitusional tersebut merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang.^(29,30) Perkembangan anak dilihat sebagai pertumbuhan dan pematangan organisme yang bersifat

endogen. Artinya perkembangan tidak hanya berlangsung spontan saja, melainkan juga sebagai pemekaran predisposisi yang telah ditentukan secara biologis dan tidak dapat berubah lagi (genotipe). Pengaruh lingkungan hanya sekedar menyediakan kesempatan saja. Sehingga pengaruh lingkungan yang menguntungkan dan tidak menguntungkan, ikut menentukan sifat apa yang akan terwujud dimiliki anak dalam periode tertentu (fenotipe).⁽¹⁴⁾

2.2 Faktor-faktor eksogen :

2.2.1 Faktor lingkungan (milieu).

Sears mengatakan lingkungan merupakan saham terbesar dalam pembentukan perilaku dan orang tua lah yang mempunyai pengaruh paling dini dan paling kuat, di samping faktor lingkungan lainnya.⁽³¹⁾ Oleh karena itu orang tua lah yang paling berperan untuk memenuhi kebutuhan dasar perkembangan anak yaitu asuh, asih dan asah.^(7,29) Lingkungan keluarga merupakan tempat anak hidup terutama pada tahun-tahun pertama mempunyai pengaruh kuat pada potensi bawaan mereka. Sebab dasar tempat untuk pembentukan pola sikap dan perilaku secara dini, adalah lingkungan yang terbatas dalam rumah dan kontak sosial pertama juga umumnya terdapat di antara anggota keluarga.⁽¹⁰⁾ Dan rumah merupakan kelompok sosial yang pertama dalam kehidupan manusia, sebagai tempat belajar dan menyatakan dirinya sebagai makhluk sosial di dalam interaksi dengan kelompoknya.⁽³²⁾ Sehingga dapat dikatakan bahwa awal dan dasar perkembangan "*tumbuh mulai dari rumah,*" karena pengaruh yang paling kuat berkaitan dengan sumber, sikap dan

nilai-nilai berasal dari dalam keluarga/rumah itu sendiri.⁽¹⁰⁾ Hal ini terlihat walaupun anak telah bertambah besar dan meningkatnya waktu yang dihabiskan dengan anggota kelompok teman sebayanya, di lingkungan tempat tinggal maupun di sekolah, ternyata pengaruh rumah sebagai dasar awal perkembangan tetap tampak nyata.⁽⁹⁾

Dari berbagai faktor lingkungan yang berpengaruh, beberapa di antaranya dianggap penting adalah:

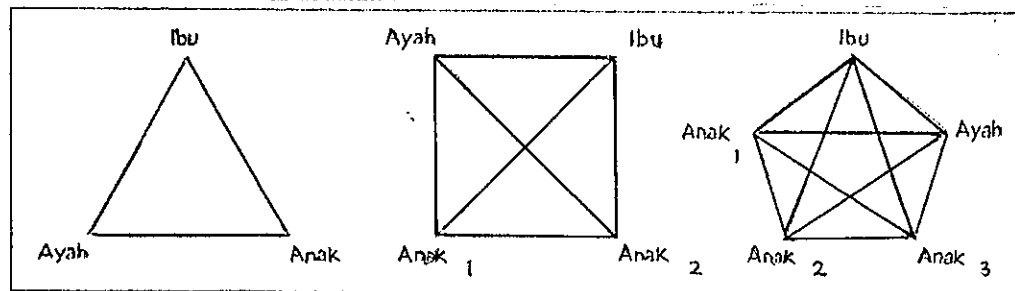
- (1). Hubungan antar pribadi yang menyenangkan. Hubungan antar anggota keluarga yang harmonis akan mendorong anak ke arah perkembangan yang cenderung menjadi terbuka dan lebih berorientasi kepada orang lain, dengan karakteristik yang mengarah ke penyesuaian pribadi dan sosial yang lebih baik.
- (2). Keadaan emosional/kasih sayang. Sejak bayi baru lahir pada dasarnya sudah terjadi hubungan emosional antara anak dengan ibunya. Sehingga ketiadaan atau kekurangan hubungan emosional akibat penolakan anggota keluarga atau perpisahan yang cukup lama dengan orang tua terutama ibu, seringkali menimbulkan gangguan kepribadian dan tingkah laku seperti sindrom deprivasi maternal. Sebaliknya pemuasan emosional atau kasih sayang mendorong perkembangan kepribadian yang positif.
- (3). Struktur keluarga pada masa anak-anak. Seorang anak yang berasal dari keluarga yang bercerai atau berpisah, cenderung menjadi anak yang selalu cemas, tidak mudah percaya dan sedikit kaku.
- (4). Lingkungan yang merangsang merupakan salah satu pendorong potensi yang dimiliki anak. Untuk mengembangkan potensi yang dimiliki anak, maka perlu adanya

rangsangan atau dorongan untuk berkembang, terutama pada tahapan-tahapan tertentu. Lingkungan yang merangsang akan mendorong perkembangan fisik dan mental yang baik, sebaliknya lingkungan yang tidak merangsang atau membatasi kesempatan untuk berkembang menyebabkan perkembangan anak tersebut tidak mampu mencapai potensi yang mereka miliki.^(9,27)

2.2.2 Faktor interaksi.

Istilah interaksi menunjuk pengertian adanya hubungan timbal balik atau hubungan yang saling mempengaruhi. Para ahli menekankan bahwa hubungan anak dengan yang mengasuhnya tersebut merupakan suatu interaksi dan sebagai dasar utama perkembangan emosi dan kognitif, dan hasil utama dari interaksi anak-ibu adalah berkembangnya kelekatan emosional pada ibu. Di samping interaksi ada kovariansi faktor keturunan dan faktor lingkungan, artinya kedua faktor tersebut berlangsung bersama-sama. Sehingga tidak hanya saling mempengaruhi antara bakat (pembawaan dan konstitusi) dan lingkungan atau milieu, antara pematangan dan belajar, melainkan juga interaksi antara pribadi dan dunia luar. Interaksi juga mengandung arti bahwa anak yang mengadakan aksi dan reaksi ikut memberikan bentuk pada dunia luar (keluarga, masyarakat, kelas sosial, kelompok bermain). Sebaliknya anak itu sendiri juga mendapatkan pengaruh dari faktor eksternal, dan kadang-kadang pengaruh itu begitu kuat sehingga bisa merubah kepribadian dan perilakunya.⁽¹⁴⁾ Umumnya interaksi sosial diawali di dalam keluarga. Anak belajar dari orang tua dan anggota keluarga lain, tentang apa yang dianggap benar dan salah oleh

kelompok sosial kecil tersebut. Selain itu sistem interaksi juga dipengaruhi oleh jumlah anggota dalam keluarga tersebut.⁽³³⁾



Gambar 2. Sistem interaksi dalam keluarga.

Keterangan: Sistem interaksi dalam keluarga meningkat dengan penambahan anggota keluarga baru. Sumber: Hurlock EB. 1978.⁽³³⁾

3. Peran pengasuhan Anak

Pengasuhan anak secara konseptual jika dikaitkan dengan proses tumbuh kembang, adalah upaya dari lingkungan/ekosistem agar kebutuhan-kebutuhan dasar untuk anak bertumbuh dan berkembang terpenuhi dengan baik dan benar (tersedia di lingkungan dan anak mampu memanfaatkannya), sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.⁽¹⁰⁾ Asuhan ("care") adalah fasilitasi keluarga bagi anak untuk tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai dengan potensi masing-masing. Asuhan mencakup penyediaan kebutuhan anak secara optimal dan menyeluruh serta lingkungan belajar bagi anak untuk berkembang. Dasar dari keseluruhan keberhasilan asuhan ialah kasih sayang, dan keberhasilan asuhan tergantung pada derajat interaksi pengasuh dan anak, dalam arti

pemahaman terhadap kebutuhan masing-masing dan upaya optimal untuk memenuhi kebutuhan tersebut.^(13,14) Namun dalam kenyataan pengasuhan anak berjalan secara informal, sehingga hubungan inter dan intra personal orang sekitar anak tersebut dan anak itu sendiri sangat memberi warna pada praktek pengasuhan anak.⁽⁴⁾

Pola pengasuhan anak meliputi aspek-aspek :

1. Pola pemberian makanan
2. Pola perawatan kesehatan dan penyakit
3. Pola pemberian kasih sayang dan stimulasi mental.⁽³⁴⁾

Pada umumnya pola asuh dikatakan yang terbaik bagi anak, jika diberikan :

1. Dalam satu rumah
2. Dengan satu orang yang berperan sebagai ibu
3. Ada kesinambungan pendidikan anak, dalam suasana yang damai, dilandasi kasih sayang dan penerimaan.⁽³⁴⁾

Di dalam masyarakat saat ini terdapat beberapa alternatif peranan “pengasuh pengganti” yang masing-masing mempunyai ciri-ciri tersendiri, yaitu :

3.1. Pembantu rumah tangga

Mempunyai peranan mengabdikan, sebagai pendamping anak bukanlah menjadi pendidik, melainkan sebagai penunggu, teman, bahkan pelayan yang mencintai dan memanjakan anak. Apabila anak telah menyadari bahwa statusnya lebih tinggi daripada pendampingnya, maka akan menimbulkan sikap kesewenang-wenangan, sikap tergantung dan suka memerintah.⁽³⁵⁾

3. 2. Pramusiwi

Pramusiwi atau “baby sitter” adalah pendamping yang memiliki status lebih tinggi dengan profesional tertentu serta merasa memiliki otoritas seperti menegur serta menertibkan anak dan orang tua tidak terlalu tersinggung dengan hal-hal tersebut. Akan tetapi hubungan anak dan pengasuh lebih formal dan tidak total. Sifat sewenang-wenang anak tidak terlalu berkembang.⁽³⁵⁾

3. 3. Keluarga sendiri

Yang dimaksud keluarga sendiri adalah nenek, saudara sepupu, adik/kakak dari orang tua dan sebagainya. Rasa kasih sayang dan totalitas hubungan dengan si anak hampir menyamai ibu. Tetapi pendamping jenis ini memiliki kelemahan yaitu memiliki perasaan kasih sayang yang kadang-kadang berlebihan sehingga menjurus pada tindakan memanjakan.⁽³⁵⁾

3. 4. Tempat Penitipan Anak (TPA)

Tempat penitipan anak (TPA) adalah suatu badan atau organisasi yang diijinkan pemerintah untuk memberikan pendidikan dan perawatan dengan suasana yang sehat untuk anak yang orang tuanya bekerja, sehingga orang tua tidak merasa khawatir terhadap anaknya. Pada TPA diberikan pendidikan melalui bermain, bernyanyi, dan pengenalan buku yang sudah terjadual. Dengan bermain anak akan belajar sesuatu untuk tumbuh dan berkembang baik fisis, sosial, maupun intelektualnya. Interaksi dengan teman akan memberikan keterampilan sosial yang tidak dapat digantikan oleh peran ibu pengganti lainnya.⁽³⁶⁾

3. 5. Panti Asuhan

Panti asuhan adalah “ibu pengganti” yang merupakan suatu lembaga usaha kesejahteraan sosial, yang mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pelaksanaan kesejahteraan sosial kepada anak terlantar.^(5,6)

Panti asuhan terdiri dari :

3.5.1. Panti Asuhan Asrama :

Panti asuhan sistem ini, anak dikelompokkan dalam jumlah besar dan ditempatkan dalam suatu bangunan seperti asrama dengan penempatan anak asuh dalam kelompok 10-15 orang di dalam suatu ruangan. Seluruh anak asuh mempunyai kedudukan sama di bawah pimpinan atau pengasuh panti asuhan, tidak dibedakan satu dengan yang lain, baik tugas-tugas, kegiatan-kegiatan dan pelayanan-pelayanan lain.^(5,6)

3.5.2. Panti Asuhan “Cottage” (keluarga asuh)

Panti asuhan dengan sistem kelompok yaitu pemberian pelayanan pada anak asuh dalam kelompok kecil antara 8-10 anak dalam satu keluarga asuh dengan satu ibu asuh sebagai orang tua pengganti. Penempatan anak-anak asuh di dalam “cottage” diatur seperti halnya susunan anak dalam keluarga. Di dalam sistem ini yang menjadi unsur pokok adalah orang tua pengasuh (substitute parent) pada masing-masing keluarga asuhan di lingkungan panti asuhan serta anak itu sendiri. “Substitute parent” dibuat seperti halnya sebuah keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu atau setidaknya terdiri dari laki-laki dan perempuan dewasa.^(5,6)

Dari berbagai alternatif pendamping anak tersebut, masing-masing pengasuh pengganti mempunyai ciri peranan yang berbeda, sehingga memiliki pengaruh sosial yang berbeda pula pada anak. Akhir mengajukan beberapa kriteria pengasuh pengganti yang ideal, yaitu :

1. Memiliki watak dan kepribadian yang baik
2. Memiliki minat untuk merawat dan mendidik
3. Memiliki latar belakang pendidikan umum yang memadai dan sedapat mungkin telah memperoleh pendidikan khusus untuk membina anak dalam keluarga.
4. Paling sedikit menguasai ilmu :
 - Pendidikan anak dalam keluarga
 - Kesehatan dan gizi anak
 - Etiket sopan santun
 - Agama
5. Pandai berkomunikasi dengan anak dan keluarganya
6. Harus menyadari posisinya sebagai seorang pendamping yang profesional.⁽³⁷⁾

Interaksi pengasuh dengan anak yang baik sangatlah penting bagi perkembangan kepribadian anak. Jika interaksi antara pengasuh dengan anak mengalami hambatan, maka bisa terjadi sindrom deprivasi aspek fisik, emosi, kognitif, dan sosial.⁽¹⁴⁾ Pengasuh yang terlalu khawatir dan melindungi akan mengakibatkan anak tumbuh menjadi anak penakut, tidak mempunyai kepercayaan diri dan tidak bisa berdiri sendiri. Sedangkan pengasuh yang

terlalu memanjakan, anak cenderung menjadi egois dan menggantungkan diri pada orang lain.⁽¹⁵⁾

D. Perkembangan psikososial

1. Pengertian

Para ahli berpendapat bahwa definisi psikososial adalah segala aktivitas, fungsi dan perilaku anak dari aspek psikis dan internal, meliputi perasaan, sikap perilaku, sentuhan, fantasi, daya ingat, cara mengambil keputusan, nilai serta pengertian diri sendiri, serta adanya interaksi dengan sosial, eksternal dan lingkungan serta masyarakat tempat anak tersebut hidup.⁽³⁸⁾ Sedangkan Erikson berpendapat bahwa psikososial adalah dimana perkembangan ego lebih penting daripada fungsi-fungsi id, dan dalam perkembangan ego ini pengaruh-pengaruh lingkungan sosial besar sekali, sehingga terbentuk kepercayaan dasar.⁽³⁹⁾ Dan Sand (dikutip oleh Musa) mengatakan psikososial sebagai faktor-faktor yang berpangkal dari karakter perilaku, psikologik individu dan fungsi serta struktur kelompok-kelompok sosial.⁽⁴⁰⁾

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kematangan psikososial

Berbagai faktor ikut mempengaruhi perkembangan kematangan psikososial seperti lingkungan antara lain agama, kebudayaan dan kebiasaan setempat, cara orang tua mendidik anak, serta faktor lainnya ikut mempengaruhi pembentukan kepribadian anak.^(38,41)

Sedangkan Musa mengatakan faktor-faktor utama yang berpengaruh adalah :

- (1). Pola pertalian keluarga, struktur keluarga dan hubungan antar anggota keluarga, dan gaya hidup keluarga,
- (2). Cara-cara yang melembaga dalam sistem kemasyarakatan terhadap penanggulangan masalah dan pemecahan konflik,
- (3). Karakteristik budaya, seperti nilai-nilai dan kepercayaan yang berpengaruh atas sosialisasi anak-anak dan khususnya praktek pengasuhan anak,
- (4). Karakteristik psikologik seperti kepribadian dan sikap perilaku (attitude).⁽⁴⁰⁾

Semua faktor-faktor seperti di atas tidak pernah berdiri sendiri, tetapi berkaitan dengan variabel-variabel lain, khususnya berkaitan dengan aspek-aspek yang bersifat biologik dan ekologik. Dalam proses perkembangan kematangan psikososial terdapat 2 proses yang berkembang sejalan dan selaras, yaitu :

- (1). Proses perkembangan terjadi secara bertahap dengan ciri yang sama pada setiap tahapan. Perkembangan bertahap yang selalu sama akan dilalui oleh setiap anak dalam perjalanan menuju tahap dewasa. Pada umur tertentu setiap anak akan menunjukkan ciri tingkah laku yang sama. Tetapi meskipun dasar ciri perkembangan ini sama pada setiap anak, namun demikian pengaruh lingkungan tidak dapat diabaikan.
- (2). Proses perkembangan yang terjadi disertai perubahan terus menerus, susul menyusul dan berkesinambungan akan dialami seorang anak selama perkembangannya. Perubahan tersebut dapat berupa pengalaman baru, tantangan atau rangsangan, atau

bahkan trauma. Sesuai dengan sifatnya yang selalu ingin tahu, seorang anak akan menyukai dan seolah-olah mencari hal-hal baru karena berbagai pengalaman yang perlu untuk memantapkan keterampilan sosialnya, dan hal ini merupakan aspek dinamis perkembangan kematangan psikososial.⁽⁴¹⁾

Namun demikian perkembangan kematangan psikologis lebih menekankan faktor-faktor yang mempengaruhi proses perkembangan yang terjadi di dalam diri pribadi yang khas dan khusus tersebut. Monks berpendapat bahwa perkembangan kematangan psikologis merupakan suatu proses yang dinamis, dan dalam proses tersebut sifat individu dan sifat lingkungan akan menentukan tingkah laku yang akan menjadi aktual dan terwujud. Usia kalender disini bukan merupakan variabel yang bebas, tetapi merupakan suatu dimensi waktu untuk mengatur data-data yang ada. Serta perkembangan kematangan psikologis lebih menekankan faktor-faktor umum yang mempengaruhi proses perkembangan yang terjadi di dalam diri pribadi yang khas tersebut.⁽¹⁴⁾

Dari berbagai faktor-faktor perkembangan yang diajukan para ahli dengan sudut pandang yang berbeda, namun semua sepakat bahwa:

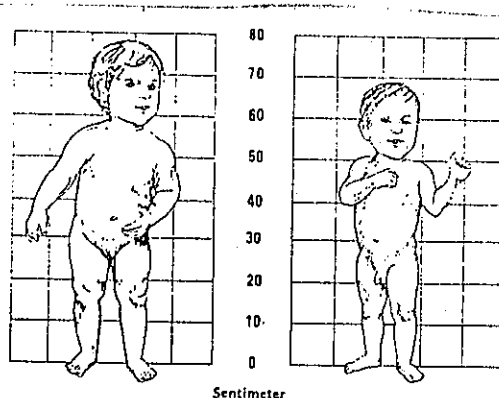
- (1). Perkembangan adalah suatu proses yang terjadi selangkah demi selangkah secara teratur dan berurutan, yang dimulai dari beberapa hal yang sederhana, dan terus berkembang menjadi semakin kompleks
- (2). Timbulnya gangguan perkembangan disebabkan adanya kegagalan di salah satu fase untuk menyelesaikan suatu tugas perkembangan tertentu
- (3). Adanya kebutuhan untuk tumbuh dan berkembang dari pihak anak itu sendiri.⁽⁴¹⁾

E. Dampak Sindrom Deprivasi Maternal

Sindrom deprivasi maternal dapat menimbulkan berbagai aspek gangguan tumbuh kembang, yaitu:

1. Fisik

Anak yang mengalami kekurangan kasih sayang akan terjadi hambatan pertumbuhan fisik. Temuan Gardner bahwa dampak sindrom deprivasi maternal terhadap fisik akan mengalami ketidakseimbangan antara tinggi badan dan umur, anak tersebut umumnya kerdil yang dikenal sebagai kekerdilan karena keterlantaran (*Deprivation dwarfism*)⁽⁹⁾



Gambar 3 : Deprivation Dwarfism

Sumber : Gardner, 1972 dikutip oleh Hurlock.⁽⁹⁾

2. Motorik

Tampak bahwa “milestone” yang terlambat misalnya duduk, berdiri, berjalan dan sebagainya.

3. Bicara

Umumnya anak akan mengalami keterlambatan bicara

4. Intelektual/kognitif

Anak kurang mampu memusatkan pikiran dan perhatian mudah beralih. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan belajar, mengingat serta menalar.

5. Psikososial

Akan mengalami hambatan bergaul dengan orang lain. Bereaksi negatif terhadap orang lain, sukar diajak kerjasama, bersikap memusuhi, agresif, dan tidak patuh. Cenderung mengarahkan perhatian kepada diri sendiri, mementingkan diri sendiri, suka menuntut, dan selalu cemas.⁽⁹⁾

Sebagai akibat perpisahan anak dengan figur lekatnya, akan mengikuti pola-pola dengan tahapan tertentu, yaitu:

Tahap I: Bayi atau anak memperlihatkan protes. Mereka akan menangis, berteriak, menolak semua bentuk untuk mengisi kekurangannya. Semua perbuatan itu menunjukkan agar ibunya segera kembali. Tahap ini bisa berlangsung dari sekian jam sampai satu minggu atau lebih.

Tahap II: Bayi atau anak memperlihatkan kesedihan, diam, menarik diri dan tidak aktif, tetapi juga menampilkan sikap putus asa. Gerak gerak fisik berkurang dan kalau menangis

tidak keras, dan tidak berteriak lagi seperti sebelumnya. Tidak ada gairah terhadap lingkungannya, dan terlihat sedih.

Tahap III: Bayi atau anak memperlihatkan seolah-olah tidak ada keterikatan dengan figur lekatnya. Ia tidak lagi menolak pengasuh dan sudah mau diasuh, menerima makanan dan mainan yang diberikan kepadanya, dan bahkan sudah mau tersenyum. Kelihatan anak sudah bisa menerima kepergian figur lekatnya sehingga dianggap sudah biasa/normal. Tetapi keadaan yang sebenarnya tidaklah demikian, anak sebenarnya sudah pasrah akan kondisi yang dihadapinya. Ketika anak bertemu kembali dengan figur lekatnya, ia memalingkan mukanya, seakan-akan tidak punya minat lagi terhadap figur lekatnya.⁽²²⁾

Cara mendeteksi dan mengidentifikasi seorang anak menderita sindrom deprivasi maternal yang sering dipergunakan adalah :

1. Fisik

Terdapat gambaran berat badan dan tinggi badan yang berada di bawah standar baku

2. Ibu

Ibu tidak hadir dalam kehidupan atau dalam perawatan sehari-hari. Bila ibu tidak absen atau bila ada ibu pengganti, tetapi dengan ciri-ciri apatis, dingin, rejektif terhadap anak, depresif, tidak sabar dan sering keras dalam menghadapi anak.

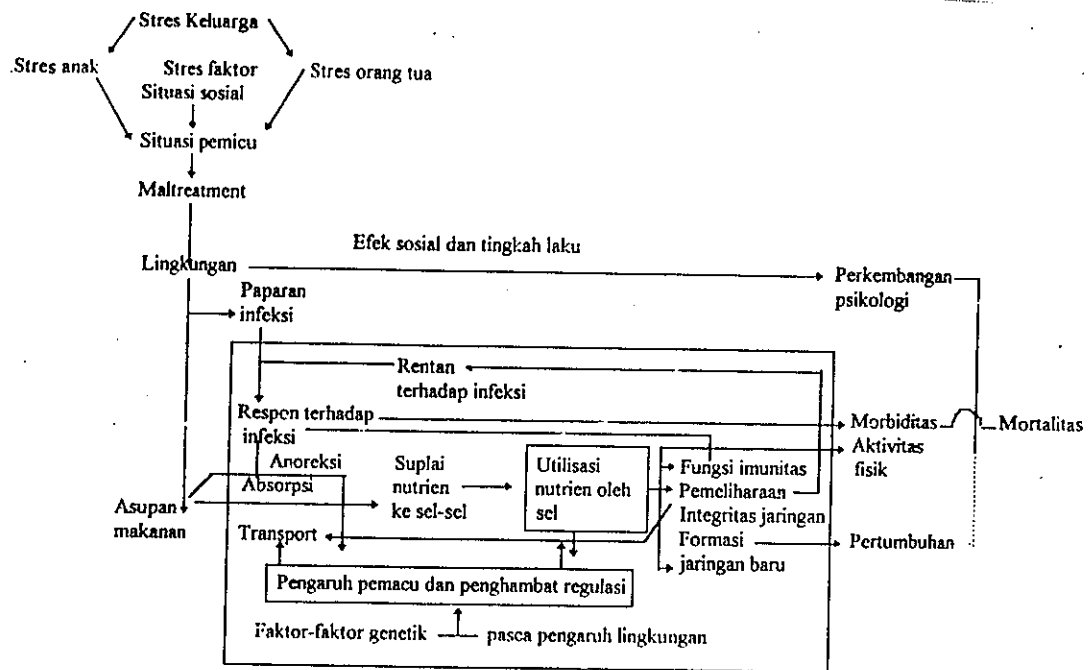
3. Latar belakang

Sering diperoleh data yang tidak menunjang seperti faktor kemiskinan, kehamilan yang tidak diinginkan, menarik diri dari lingkungan atau riwayat kehidupan ibu yang tidak menyenangkan.

4. Psikososial.⁽⁸⁾

Salah satu alat pengukur yang dipergunakan adalah uji kematangan psikososial Vineland, yang disusun oleh Edgar A.Doll, uji kematangan psikososial Vineland disusun berdasarkan skala yang terdiri dari 117 item, dan masing-masing item menggambarkan kematangan psikososial. Dapat dilakukan mulai dari usia bayi sampai dewasa dengan jumlah pertanyaan pada masing-masing umur tidak sama. Aspek-aspek dalam uji kematangan psikososial Vineland adalah: (1). *Self Help General (SHG)* atau memelihara diri, (2). *Self Help Eating (SHE)* makan sendiri, (3). *Self Help Dressing (SHD)* berpakaian sendiri, (4) *Self Direction (SD)* bertindak sendiri, (5) *Locomotion (L)* gerakan, (6) *Sosialization (S)* sosialisasi/ pergaulan, dan *C (Communication)* komunikasi. Skoring dalam alat uji ini bergerak dari nilai 0; 0,5; dan 1. Semakin tinggi nilai skor yang dicapai maka psikososial anak semakin matang, sebaliknya makin rendah nilai skor maka anak menderita sindrom deprivasi maternal aspek psikososial.⁽⁴²⁾

F. Landasan teori

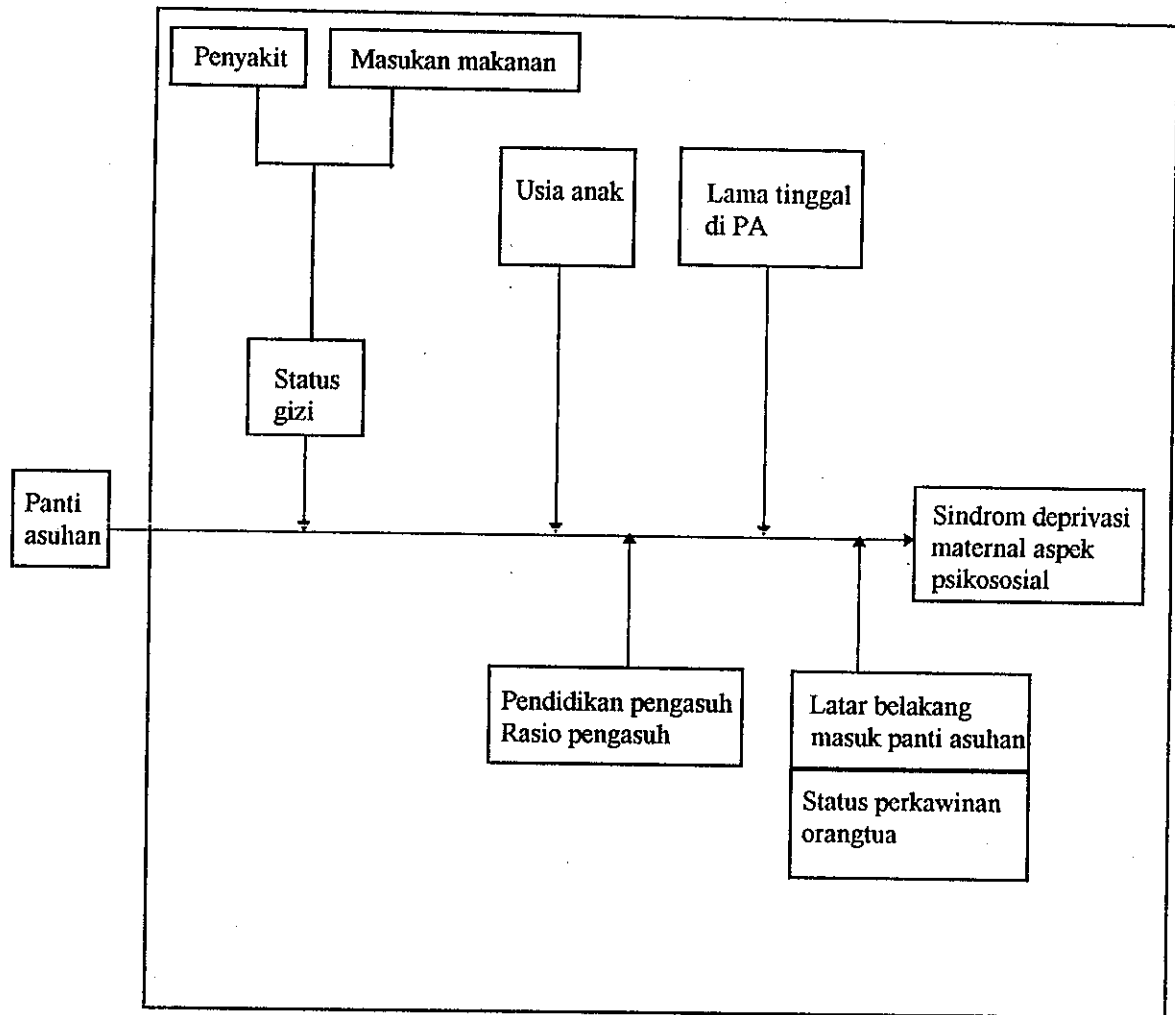


Sumber: Foye, Sulkes ⁽³⁸⁾, WHO, 1990. ⁽⁴³⁾

Keterangan:

Pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor stres, baik yang berasal dari anak itu sendiri, maupun orang tua serta lingkungan sosialnya. Stres tersebut merupakan pencetus situasi yang akhirnya bisa menimbulkan maltreatment. Di samping faktor stres maka faktor lain yang berperan adalah faktor lingkungan yang mempengaruhi seperti paparan infeksi, asupan makanan dan perkembangan kematangan psikososial. Lingkungan yang mempengaruhi perkembangan kematangan psikososial, misalnya efek sosial, tingkah laku terutama faktor kasih sayang dan stimulasi.

G. Kerangka Konseptual.



H. Hipotesis

1. Sebagian besar (lebih dari 50%) anak yang tinggal di panti asuhan mengalami sindrom deprivasi maternal aspek psikososial
2. Ada hubungan bermakna terjadinya sindrom deprivasi maternal aspek psikososial dengan faktor-faktor:
 - 1). usia anak
 - 2). lama tinggal
 - 3). status gizi
 - 4). rasio pengasuh
 - 5). latar belakang dititipkan

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian : Belah lintang

B. Unit analisis :

Balita di Panti-panti asuhan tipe asrama di Jawa Tengah

C. Populasi dan sampel penelitian

1. Populasi

61 balita yang tinggal di panti-panti asuhan Wirakrama Putra, Ngalian Semarang. Diakonia Harapan Bawen, YPAB (Yayasan Pemeliharaan Anak dan Bayi) Surakarta dan panti asuhan Mekar Siwi Klaten.

2. Sampel

Semua balita yang tinggal di panti-panti asuhan tersebut di atas, berdasarkan data dari pengurus panti asuhan dengan mengisi formulir isian dan pertanyaan.

D. Kriteria inklusi dan eksklusi :

1. Kriteria inklusi :

- Semua balita.
- Mulai tinggal di panti asuhan sebelum usia 1 tahun
- Tinggal di panti asuhan tipe asrama.

2. Kriteria eksklusi :

Menderita cacat fisik dan mental misalnya palse serebral, atau Sindrom Down.

E. Pengumpulan data

Sarana yang dipakai :

1. Formulir isian
2. Hasil pemeriksaan uji kematangan psikososial Vineland modifikasi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Jakarta.

Prosedur pengisian uji kematangan psikososial Vineland dengan memberi tanda pada setiap item Kemudian ditentukan nilai dasar (basal) tiap-tiap subyek dan selanjutnya dijumlahkan, untuk mendapatkan nilai total. Nilai total kemudian disesuaikan dengan daftar tabel untuk mencari nilai *Social Age (SA)*, dan untuk mendapatkan nilai *Social Quotient (SQ)* maka SA dibagi umur kalender subyek dikali 100. Jika SQ di bawah 100 maka anak tersebut menderita sindrom deprivasi maternal aspek psikososial, sedangkan nilai SQ di atas 100 maka anak tersebut normal.

F. Variabel yang diteliti :

1. Variabel pengaruh

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| 1). usia anak | 2). lama tinggal |
| 3). status gizi | 4). rasio pengasuh |
| 5). latar belakang dititipkan | |

2. Variabel terpengaruh

Sindrom deprivasi maternal aspek psikososial (skor Vineland)

G. Definisi operasional :

1. Usia anak : dihitung dalam bulan sampai saat kunjungan
2. Lama tinggal : dihitung saat mulai masuk panti asuhan sampai saat kunjungan, dalam satuan minggu
3. Status gizi : dinilai berdasarkan perbandingan berat badan/tinggi badan serta tinggi badan/umur

Berat Badan/Tinggi Badan		Tinggi Badan/Umur
Baik	90-110%	> 95%
KEP ringan	80-90%	90-95%
KEP sedang	70-80%	85-90%
KEP berat	< 70%	< 85%

Masukan makanan : makanan yang dikonsumsi 2 hari terakhir dihitung dalam kkal

Penyakit : berapa kali sakit dalam 1 bulan terakhir

4. Pengasuh : perorangan atau keluarga yang ditunjuk untuk tugas pengasuhan yang memenuhi persyaratan tertentu.

Dinilai berdasarkan tingkat pendidikan, rasio pengasuh/anak asuh.

5. Latar belakang dititipkan : anak di luar nikah, orang tua menikah.
6. Sindrom deprivasi maternal : ditetapkan berdasarkan uji kematangan psikososial Vineland. Skor ≤ 100 = ada sindrom deprivasi maternal. Skor ≥ 100 = tidak ada sindrom deprivasi maternal.

H. Analisis data

Pengolahan data dilakukan dengan bantuan program komputer SPSS versi 6. Data dasar dianalisis secara diskriptif, disajikan dalam bentuk tabel.

1. Peluang terjadinya sindrom deprivasi maternal pada anak di panti asuhan diuji dengan proporsi
2. Hubungan antara faktor pengaruh akan dianalisis dengan : kai kuadrat.
3. Hubungan antara faktor-faktor pengaruh secara bersama-sama dengan sindrom deprivasi maternal (berdasarkan skor Vineland) dianalisis dengan menggunakan regresi logistik ganda.

Kelemahan penelitian :

1. Tidak diperiksa pola asuh dan kepribadian pengasuh.
2. Tidak dibedakan kondisi panti asuhan.

BAB IV

HASIL

Telah dilakukan penelitian selama 6 bulan terhadap 61 orang anak balita yang tinggal di 4 panti asuhan di Jawa Tengah.

Tabel 1. Sebaran menurut jenis kelamin, umur, latar belakang, lama tinggal, tingkat pendidikan pengasuh, frekuensi sakit, sindrom deprivasi maternal dan status gizi.

Variabel	N	%
a. Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	33	54,1
2. Perempuan	28	45,9
b. Umur anak		
1. ≤ 3 tahun	36	59,0
2. > 3 tahun	25	41,0
c. Latar belakang anak		
1. Menikah	19	31,1
2. Diluar nikah	42	68,1
d. Lama tinggal di PA		
1. ≤ 3 tahun	44	72,1
2. > 3 tahun	17	27,9
e. Tingkat pendidikan pengasuh		
1. SD	19	31,1
2. SLTP	37	60,7
3. SLTA	2	3,3
4. AK/PT	3	4,9
f. Frekuensi sakit		
1. Tidak pernah	44	72,1
2. Satu kali	1	1,6
3. Dua kali	11	18,0
4. Tiga kali/lebih	5	8,3
g. Sindrom deprivasi maternal		
1. Ada	41	67,2
2. Tidak ada	20	32,8
h. Status gizi		
1. Baik	37	60,6
2. Kurang energi protein (KEP)	24	39,3

Keterangan : N= jumlah. PA= Panti asuhan, Ak= Akademi/D3, PT= Perguruan tinggi.

Dari data tersebut ditemukan yang tinggal di panti asuhan, anak laki-laki 33 orang (54,1%) lebih banyak dibandingkan anak perempuan 28 (45,9%). Umur di bawah atau sama dengan 3 tahun lebih banyak 36 (59,0%) dibandingkan di atas 3 tahun, 25 (41,0%). Berdasarkan latar belakang masuk di panti asuhan ternyata anak-anak dengan latar belakang orang tua diluar nikah 42 (68,1%) dibandingkan yang berasal dari orang tua menikah 19 (31,1%), serta lama tinggal kurang dari 3 tahun sebanyak 44 (72,1%) orang dan 17 (27,9%) orang lebih dari 3 tahun. Dari tingkat pendidikan para pengasuh ditemukan 19 (31,1%) lulusan SD, 37 (60,7%) SLTP, 2 (3,3%) SLTA dan 3 (4,9%) lulusan akademi/D3 atau perguruan tinggi. Dari 61 anak ditemukan 41 orang (67,2%) mengalami sindrom deprivasi maternal dibandingkan 20 (32,8%) orang yang tidak mengalami sindrom deprivasi maternal serta 37 (60,6%) orang dengan status gizi baik dan 24 (39,3%) orang dengan KEP.

Tabel 2. Hubungan antara anak yang tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal

Sindrom deprivasi maternal	N	%
Ada	41	67,2
Tidak ada	20	32,8
Total	61	100

$$X^2 = 5,918 \quad dk = 1 \quad p = 0,015$$

Di antara anak yang tinggal di panti asuhan 41 (67,2%) mengalami sindrom deprivasi maternal sedangkan 20 (32,8%) tidak mengalami sindrom deprivasi maternal. Hasil statistik tampak bahwa ada hubungan secara nyata antara anak yang tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal ($X^2 = 5,918$, $p < 0,05$).

Tabel 3. Hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian sindrom depprivasi maternal

Jenis kelamin	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. Laki-laki	19	46,34	14	70,0	33	54,09
2. Perempuan	22	53,66	6	30,0	28	45,91
	41	67,21	20	32,79	61	100

$$X^2 = 3,03 \quad p = 0,08 \quad OR = 2,70 \quad (0,87 - 8,42)$$

Dari 41 (67,21%) anak di panti asuhan yang mengalami sindrom depprivasi maternal terdiri dari 19 (46,34%) anak laki-laki dan 22 (53,66%) anak perempuan. Sedangkan dari 20 (32,78%) anak yang tidak mengalami sindrom depprivasi maternal terdiri dari 14 (70%) anak laki-laki dan 6 (30%) anak perempuan. Data tersebut menunjukkan bahwa ada kecenderungan sindrom depprivasi maternal terjadi lebih banyak pada anak perempuan, namun secara statistik tidak ditemukan hubungan bermakna antara anak laki-laki dengan anak perempuan untuk kejadian sindrom depprivasi maternal. ($X^2 = 3.03$, $p > 0.05$).

Tabel 4. Hubungan antara latar belakang anak dititipkan di panti asuhan dengan kejadian sindrom depprivasi maternal

Umur	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. Menikah	11	26,83	8	40,00	19	31,15
2. Di luar nikah	30	73,17	12	60,00	42	68,85
	41	67,21	20	32,79	61	100

$$X^2 = 1,08 \quad p = 0,29 \quad OR = 1,8 (0,58 - 5,6)$$

Dari 61 anak yang tinggal di panti asuhan, ditemukan 41 (67,21%) mengalami sindrom depprivasi maternal yang terdiri dari 11 (26,83%) berasal dari orang tua menikah dan 30 (73,17%) yang berasal dari orang tua di luar nikah. Sedangkan dari 20 anak yang tidak mengalami sindrom depprivasi maternal terdiri dari 8 (40%) lahir dari orang tua yang menikah dan 12 (60%) di luar nikah. Data tersebut menunjukkan bahwa sindrom depprivasi maternal lebih banyak ditemukan pada anak yang lahir di luar nikah, namun secara statistik tidak ditemukan hubungan bermakna antara latar belakang status pernikahan orang tua dengan kejadian sindrom depprivasi maternal. ($X^2 = 1.08$, $p > 0.05$)

Tabel 5. Hubungan antara umur dengan kejadian sindrom deprivasi maternal

Umur	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Tidak ada		Ada			
	N	%	N	%	N	%
1. > 49 bulan	2	14,28	12	85,71	14	23,95
2. 18 - 49 bulan	10	31,25	22	68,75	32	52,46
3. < 18 bulan	8	53,33	7	46,66	15	24,59
	20	32,79	41	67,21	61	100

$$X^2 = 17,435 \quad p = 0,0000 \quad OR = 26,8$$

Dari tabel di atas berdasarkan simpang baku menurut umur dengan kejadian sindrom deprivasi maternal memperlihatkan bahwa: ditemukan 12 (85,71%) sindrom deprivasi maternal pada umur lebih dari 49 bulan, 22 (68,75%) umur antara 18-49 bulan serta 7 (46,66%) pada umur kurang dari 18 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa berdasarkan simpang baku menurut umur ditemukan hubungan bermakna dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. ($X^2 = 17.435$, $p < 0.05$)

Tabel 6. Hubungan antara lama tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom depprivasi maternal

Lama tinggal	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Tidak ada		Ada			
	N	%	N	%	N	%
1. > 43 bulan	4	23,53	13	76,47	17	27,87
2. 12 - 43 bulan	7	22,58	24	77,42	31	50,82
3. < 12 bulan	9	69,23	4	30,77	13	21,31
	20	32,79	41	67,21	61	100

$$X^2 = 16,548 \quad p = 0,0000$$

Berdasarkan simpang baku menurut lama tinggal terhadap kejadian sindrom depprivasi maternal : ditemukan sindrom depprivasi maternal pada lama tinggal lebih dari 43 bulan sebanyak 13 (76,47%), 24 (77,42%) antara 12 sampai 43 bulan 4 (30,77%) lama tinggal kurang dari 12 bulan. Temuan ini memperlihatkan bahwa ada hubungan bermakna simpang baku menurut lama tinggal terhadap kejadian sindrom depprivasi maternal.

$$(X^2 = 16.548, p < 0,05)$$

Tabel 7. Rasio antara pengasuh dengan kejadian sindrom depprivasi maternal

Rasio pengasuh	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. 1 : 3	12	66,67	6	33,33	18	29,51
2. 1 : 4	25	69,44	11	30,55	36	59,01
3. 1 : 5	4	57,14	3	42,85	7	11,48
	41	67,21	20	32,79	61	100

$$X^2 = 0,9352 \quad dk = 1 \quad p = 0,3335$$

Pada penelitian ini ditemukan 18 (29,51%) anak yang diasuh dengan rasio 1:3, dan kelompok tersebut 6 (33,33%) anak tidak mengalami sindrom depprivasi maternal dan 12 (66,67%) anak mengalami sindrom depprivasi maternal. Pada kelompok rasio 1:4 ditemukan 36 (59,01%) anak dan dari kelompok tersebut dijumpai 11 (30,55%) anak tidak mengalami sindrom depprivasi maternal dan 25 (69,44) mengalami sindrom depprivasi maternal. Sedangkan kelompok rasio 1:5 ditemukan pada 7 (11,48%) dan ditemukan 3 (42,85%) tanpa sindrom depprivasi maternal dan 4 (57,14%) mengalami sindrom depprivasi maternal. Namun secara uji statistik tidak ditemukan hubungan bermakna antara rasio pengasuh di panti asuhan dengan kejadian sindrom depprivasi maternal. ($X^2 = 0.9352$, $p > 0,05$)

Tabel 8. Hubungan antara frekuensi sakit dengan kejadian sindrom depprivasi maternal

Frekuensi sakit	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. ≤ 2 kali	29	70,73	16	80,0	45	73,77
2. > 2 kali	12	29,27	4	20,0	16	26,23
	41	67,21	20	32,79	61	100

$$X^2 = 0,59 \quad p = 0,19$$

Dari 61 anak yang tinggal di panti asuhan, mengalami sakit kurang 2 kali dalam sebulan sebanyak 45 (73,77%) dan 16 (26,23%) yang sakit lebih 2 kali sebulan. Sedangkan dari 41 anak yang menderita sindrom depprivasi maternal menunjukkan bahwa mengalami sakit kurang atau sama 2 kali sebulan sebanyak 29 (70,73%) dan 12 (29,27%) lebih 2 kali sebulan. Namun secara statistik tidak ditemukan hubungan bermakna antara frekuensi sakit pada anak yang mengalami sindrom depprivasi maternal.

$$(X^2 = 0.59, \quad p > 0.05)$$

Tabel 9. Hubungan antara status gizi TB/U dengan kejadian sindrom deprivasi maternal

Status gizi menurut TB/U	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. 95,73% - 116,99%	14	56,0	11	44,0	25	41,0
2. 91,93% - 95,73%	12	80,0	3	20,0	15	24,6
3. 72,71% - 91,92%	15	71,3	6	28,6	21	34,4
	41	67,2	20	32,8	61	100

$$X^2 = 2,71 \quad dk = 2 \quad p = 0,258$$

Berdasarkan simpang baku menurut tinggi badan terhadap umur, dari 61 orang anak ditemukan 21 (34,4%) anak dengan KEP berat 15 (24,6%) dengan KEP ringan dan 25 (41,0%) dengan gizi baik. Pada anak dengan gizi baik kejadian sindrom deprivasi maternal ditemukan 14 (56,0%), Sedangkan anak dengan KEP ringan ditemukan 12 (80,0%) dan KEP berat 15 (71,4%). Proporsi kejadian sindrom deprivasi maternal lebih sedikit ditemukan pada anak dengan status gizi baik daripada anak dengan KEP ringan atau KEP berat. Namun secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara status gizi menurut TB/U dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. ($X^2 = 2,71$, $p > 0.05$)

Tabel 10. Hubungan antara status gizi menurut BB/TB dengan kejadian sindrom deprivasi maternal

Status gizi menurut BB/TB	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. > 101,40%	13	56,5	10	43,5	23	37,7
2. 86,25% - 101,40%	10	71,4	4	28,6	14	23,0
3. < 86,25%	18	75,0	6	25,6	24	39,3
	20	32,79	20	67,21	61	100

$$X^2 = 1,97 \quad dk = 2 \quad p = 0,374$$

Berdasarkan tabel 10 terlihat bahwa dari 61 anak, 24 anak (39,3%) di antaranya dengan KEP sedang, 14 anak (23,0%) KEP ringan, dan 23 anak (37,7%) gizi baik. Pada anak dengan KEP sedang, 18 anak (75,0%) diantaranya dengan sindrom deprivasi maternal. Pada anak dengan KEP ringan, kejadian sindroma deprivasi maternal ditemukan pada 10 anak (71,4%), sedangkan pada anak dengan gizi baik terdapat 13 anak (56,5%) dengan sindrom deprivasi maternal. Secara umum terlihat bahwa proporsi kejadian sindrom deprivasi maternal lebih banyak ditemukan pada anak dengan KEP sedang daripada anak dengan KEP ringan atau gizi baik. Namun secara statistik perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna ($X^2 = 1,97$; $p > 0,05$).

Tabel 11. Hubungan antara asupan kalori dengan kejadian sindrom deprivasi maternal.

Asupan kalori	Sindrom deprivasi maternal				Jumlah	
	Ada		Tidak ada			
	N	%	N	%	N	%
1. Cukup	32	64,0	18	36,0	50	82,0
2. Kurang	9	81,8	2	18,2	11	18,0
	41	67,2	20	32,8	61	100

$$X^2 = 1,1617 \quad dk = 1 \quad p = 0,2811$$

Dari 61 anak ditemukan 50 anak (82,0%) anak dengan asupan kalori cukup dan 11 (18%) anak dengan asupan kalori kurang. Pada anak dengan asupan kalori cukup 32 (64,0%) mengalami sindrom deprivasi maternal sedangkan anak dengan asupan kalori kurang 9 (81,8%) mengalami sindrom deprivasi maternal. Secara umum terlihat bahwa proporsi sindroma deprivasi maternal lebih banyak ditemukan pada anak dengan asupan kalori kurang daripada anak dengan asupan kalori cukup. Namun secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara asupan kalori dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. ($X^2 = 1,1617$; $p > 0,05$)

BAB V

PEMBAHASAN

Banyak faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak, dan salah satu dari faktor tersebut adalah faktor lingkungan. Karena lingkungan yang kondusif sangat memungkinkan kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang yaitu asuh, asih dan asah terpenuhi. Sedangkan lingkungan yang tidak atau kurang kondusif akan memberikan dampak pada tumbuh kembang seperti sindrom deprivasi maternal.^(9,27)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar (67,2%) anak-anak yang tinggal di panti asuhan mengalami sindrom deprivasi maternal jika dibandingkan dengan yang tidak mengalami sindrom deprivasi maternal (32,8%) seperti yang terlihat pada tabel 1. Temuan ini didukung oleh data-data dalam tabel 2, dengan uji statistik menunjukkan secara bermakna bahwa sebagian besar anak di panti asuhan mengalami sindrom deprivasi maternal. $X^2 = 5.918$ dk = 1 p = 0.015. Berarti ada hubungan bermakna antara anak yang tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. Hal ini memperlihatkan bahwa panti asuhan merupakan salah satu lingkungan yang tidak atau kurang kondusif untuk tumbuh kembang, walaupun panti asuhan secara fisik sudah cukup menyediakan sarana seperti penerangan, sumber air minum dan lain sebagainya. Ternyata sarana fisik saja tidak cukup untuk memacu tumbuh kembang seorang anak, sebab anak-anak yang tinggal di panti asuhan secara tidak langsung mengalami isolasi secara sosial dan budaya serta kurang atau tidak mendapat rangsangan sensoris terutama faktor kasih

sayang, sehingga kebutuhan dasar tumbuh kembang yaitu asuh, asih dan asah kurang atau tidak terpenuhi.^(15,37) Hal ini karena di panti asuhan anak-anak tidak menemukan figur lekat pengganti, karena pengasuh yang diharapkan sebagai figur lekat belum dapat melaksanakan tugasnya sebagai figur lekat pengganti. Karena dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari pengasuh di panti asuhan sering sekali berganti-ganti, atau tidak pernah atau sangat jarang satu pengasuh merawat satu anak terutama usia balita. Hilangnya figur lekat ini menyebabkan gangguan perkembangan tingkah laku lekat, yang akhirnya menimbulkan sindrom deprivasi maternal.⁽³⁷⁾

Anak laki-laki (54,10%) yang tinggal di panti asuhan lebih banyak dibandingkan anak perempuan (45,90%) seperti pada tabel 1, walaupun secara uji statistik tidak berbeda bermakna. Hal ini bertentangan dengan data-data statistik bahwa di Indonesia anak perempuan lebih banyak dibandingkan anak laki-laki.⁽⁴⁴⁾ Mengapa pada penelitian ini anak laki-laki lebih banyak tinggal di panti asuhan dibandingkan anak perempuan belum diketahui secara pasti. Berdasarkan hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 3), memperlihatkan bahwa kejadian sindrom deprivasi maternal lebih banyak ditemukan pada anak perempuan (53,66%) dibandingkan pada anak laki-laki (46,34%) atau 2,7 kali lebih banyak daripada laki-laki. Anak laki-laki (70%) dibandingkan anak perempuan (30%) tidak mengalami sindrom deprivasi maternal, namun demikian secara uji statistik tidak ditemukan hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian sindrom deprivasi maternal ($X^2 = 3.03$ $p=0.08$ dan $OR=2.70$). Hurlock dan Mussen menjelaskan bahwa anak perempuan umumnya lebih sensitif dan lebih lama

teradaptasi dengan situasi dan lingkungan, sehingga anak perempuan lebih mudah menderita sindrom deprivasi maternal dibandingkan anak laki-laki.^(9,27)

Berdasarkan umur (tabel 1) anak yang tinggal di panti asuhan ternyata lebih banyak di bawah usia 3 tahun (59%) dibandingkan di atas 3 tahun (41%). Temuan ini erat kaitannya dengan latar belakang anak dititipkan di panti asuhan berdasarkan status perkawinan orang tua. Pada penelitian ini ditemukan 42 (68,10%) anak lahir dari status perkawinan orang tua yang tidak jelas dibandingkan dengan 19 (31,10%) anak dari status perkawinan orang tua menikah. Berdasarkan hubungan antara latar belakang anak dititipkan di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 4), menunjukkan bahwa sindrom deprivasi maternal lebih banyak ditemukan pada anak yang lahir di luar nikah (73,17%) dibandingkan dengan anak yang lahir dari orang tua menikah (26,83%) atau 1,8 kali lebih banyak pada anak yang lahir diluar nikah, walaupun secara uji statistik tidak ditemukan hubungan bermakna ($X^2 = 1.08$ $p=0,29$ dan OR 1.8) antara latar belakang anak dititipkan di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. Pada orang tua dengan status perkawinan tidak jelas, karena berbagai faktor maka cenderung anak pada usia dini langsung dititipkan pada panti asuhan sehingga sejak dini anak sudah kehilangan figur lekat. Hal ini menyebabkan tingkah laku lekat anak tidak berkembang dengan baik, karena kurang mendapat perhatian dan kasih sayang dari ibu sebagai figur lekat sehingga terjadi sindrom deprivasi maternal.⁽¹¹⁾ Hubungan antara umur dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 5), memperlihatkan bahwa kejadian sindrom deprivasi maternal terbanyak ditemukan pada kelompok umur lebih dari 49 bulan yaitu 12

(85,71%) orang, sedangkan pada kelompok umur 18-49 bulan ditemukan 22 (68,75%) orang dan pada umur kurang 18 bulan ada 7 (46,66%) orang. Data ini menunjukkan ada hubungan secara bermakna antara umur anak dengan kejadian sindrom deprivasi maternal ($X^2 = 17.435$ $p=0.0000$ dan $OR=26.8$). Hadinoto dan Monks menjelaskan bahwa timbulnya tingkah laku lekat sebagai kelanjutan dari figur lekat berkisar dari umur 9 bulan sampai 18 bulan, dan sangat jelas terlihat pada umur 1 - 3 tahun. Sehingga pada anak umur 1 - 3 tahun umumnya sukar berpisah dengan ibunya sebagai figur lekat. Perpisahan dengan ibunya sebagai figur lekat yang terjadi pada kelompok umur ini, akan menimbulkan sindrom deprivasi maternal. Pada kelompok umur di atas 49 bulan jumlah sindrom deprivasi maternal cukup banyak, selain masuk panti asuhan di bawah 18 bulan juga tinggal di panti asuhan cukup lama. Paling sedikit ditemukan pada kelompok umur kurang dari 18 bulan, karena umur masuk di atas 6 bulan. Temuan di atas bisa menerangkan bahwa semakin muda umur anak dititipkan dan semakin lama tinggal di panti asuhan, maka angka kejadian sindrom deprivasi maternal cenderung semakin tinggi. Data ini didukung oleh lama tinggal di panti asuhan, dari 61 anak ditemukan 44 (72,10%) anak dengan lama tinggal kurang dari 3 tahun dibandingkan dengan 17 (27,90%) anak dengan lama tinggal lebih dari 3 tahun (tabel 1). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak dititipkan di panti asuhan sejak usia dini. Sedangkan hubungan antara lama tinggal dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 6), menunjukkan bahwa kejadian sindrom deprivasi maternal terutama ditemukan pada kelompok lama tinggal antara - 1 SD sampai + 1 SD atau antara 12 - 43 bulan yaitu 24 (77,42%), disusul 13 (76,47%) kelompok di

atas + 1 SD atau di atas 43 bulan, dan 4 (30,77%) orang pada kelompok kurang dari - 1 SD atau kurang dari 12 bulan. Dari hasil uji statistik tampak bahwa ada hubungan secara bermakna ($X^2 = 16.548$ $p=0.0000$) antara lama tinggal di panti asuhan dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. Semakin lama anak tinggal di panti asuhan semakin tinggi angka kejadian sindrom deprivasi maternal. Karena di lingkungan yang tidak kondusif seperti panti asuhan, anak kurang mendapat kesempatan berinteraksi dengan lingkungan dan figur lekat secara berkesinambungan, menetap serta lingkungan tersebut kurang mampu memenuhi kebutuhan anak secara cepat dan tepat. Hal ini menyebabkan kurang berkembangnya tingkah laku lekat sehingga menimbulkan sindrom deprivasi maternal.⁽²³⁾

Berdasarkan sebaran tingkat pendidikan pengasuh (tabel 1) ditemukan terbanyak adalah lulusan SLTP 60,70%, disusul oleh lulusan SD 31,10%, perguruan tinggi 4,9% dan kemudian SLTA 3,3%. Umumnya para pengasuh tersebut tanpa disertai latar belakang pendidikan khusus untuk mengasuh anak di panti asuhan. Sedangkan hubungan antara rasio pengasuh dengan anak asuh (tabel 7), menunjukkan bahwa sindrom deprivasi maternal terutama ditemukan pada rasio 1:4 yaitu 25 (69,44%), rasio 1:5 ditemukan 4 (57,14%) dan pada rasio 1:3 ada 12 (66,67%). Tetapi secara uji statistik tidak ada hubungan bermakna antara rasio pengasuh dengan kejadian sindrom deprivasi maternal ($X^2=1.95989$ $p=0.37544$ $dk=2$). Hal ini bisa dijelaskan karena penyebab utama sindrom deprivasi bukan dalam rasio pengasuh dengan anak asuh, tetapi faktor perhatian dan kasih sayang.⁽³⁾

Frekuensi tidak pernah sakit dalam sebulan cukup banyak yaitu 72,10% jika dibandingkan dengan yang sakit 27,09%. Anak yang tinggal di panti asuhan mengalami sakit lebih 3 kali 8,3%, dua kali 18% dan satu kali sakit 1,6% dalam sebulan (tabel 1). Sedangkan hubungan antara frekuensi sakit dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 8), memperlihatkan bahwa anak dengan sindrom deprivasi maternal menderita sakit kurang dari 2 kali dalam sebulan 70,73% dibandingkan dengan yang sakit lebih dari 2 kali dalam sebulan 29,27%, namun secara uji statistik tidak ada hubungan bermakna antara frekuensi sakit dengan kejadian sindrom deprivasi maternal ($X^2=0.59$ $p=0.19$). Banyaknya anak tidak pernah sakit dalam sebulan mungkin erat kaitannya dengan status gizi, karena ada korelasi antara status gizi dengan daya tahan tubuh. Makin baik status gizi maka semakin baik sistem imunitas tubuh sehingga angka kesakitan juga semakin berkurang.⁽⁴⁵⁾

Pada penelitian ini ditemukan 60,65% anak dengan status gizi baik dan 39,34% dengan KEP (tabel 1). Hal ini bisa menjelaskan mengapa angka kejadian sakit dalam sebulan cukup rendah. Hubungan antara status gizi menurut tinggi badan per umur dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 9), ditemukan 14 (56,0%) pada gizi baik, 12 (80,0%) KEP ringan dan 15 (71,4%) dengan KEP berat yang mengalami sindrom deprivasi maternal, proporsi kejadian sindrom deprivasi maternal lebih sedikit ditemukan pada anak dengan status gizi baik menurut TB/U daripada anak dengan status KEP ringan atau berat. Secara uji statistik tidak ditemukan hubungan bermakna ($X^2=0.271$ $p=0.258$) antara status gizi menurut TB/U dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. Pada

penelitian ini dampak sindrom deprivasi maternal yaitu *deprivation dwarfism* tidak kami temukan.⁽⁹⁾

Hal yang serupa ditemukan pada hubungan antara status gizi menurut berat badan per tinggi badan (tabel 10), dijumpai 13 (56,5%) pada gizi baik, 10 (71,4%) KEP ringan dan 18 (75,0%) pada KEP sedang yang mengalami sindrom deprivasi maternal. Pada anak yang mengalami sindrom deprivasi maternal umumnya menarik diri, kurang mau bermain, menampilkan sikap putus asa, gerak fisik berkurang serta nafsu makan berkurang. Secara uji statistik tidak ditemukan hubungan bermakna ($X^2 = 1,97$ $p=0.374$) antara status gizi menurut BB/TB dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. Data tersebut di atas didukung oleh hubungan asupan kalori dengan kejadian sindrom deprivasi maternal (tabel 11), menunjukkan bahwa 32 (64,0%) dari 50 (82,0%) anak dengan asupan kalori cukup menderita sindrom deprivasi maternal. Sedangkan dari 11 (18,0%) anak dengan asupan kalori kurang, ditemukan 9 (81,8%) mengalami sindrom deprivasi maternal. Tetapi secara uji statistik tidak ditemukan hubungan bermakna ($X^2 = 1.1617$ $dk=1$ $p=0.2811$) antara asupan kalori per hari dengan kejadian sindrom deprivasi maternal. Hal ini bisa dijelaskan karena faktor utama penyebab sindrom deprivasi maternal adalah hilangnya figur lekat sehingga anak kekurangan kasih sayang, perhatian dan rangsangan sensoris yang mengakibatkan umumnya anak menarik diri, kurang mau bermain, menampilkan sikap putus asa serta malas makan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN :

1. Sebagian besar (67%) anak yang tinggal di panti asuhan mengalami sindrom deprivasi maternal aspek psikososial
2. Ditemukan hubungan bermakna positif antara kejadian sindrom deprivasi maternal aspek psikososial dengan :
 - 2.1. Umur anak
 - 2.2. Lama tinggal anak di panti asuhan
3. Tidak ditemukan hubungan bermakna antara kejadian sindrom deprivasi maternal aspek psikososial dengan :
 - 3.1. Status gizi, asupan kalori dan frekuensi sakit dalam sebulan
 - 3.2. Rasio pengasuh
 - 3.3. Latar belakang anak dititipkan di panti asuhan

SARAN :

1. Membuat penampungan untuk *single mother*, agar ibu dapat merawat anak sendiri dan tidak dititipkan di panti asuhan.
2. Meningkatkan pengetahuan pengasuh dengan memberikan pelatihan tentang psikologi anak (tumbuh kembang anak) agar dapat berperilaku seperti yang dibutuhkan anak.
3. Memberikan stimulasi mental yang menyeluruh, agar anak yang menderita sindrom deprivasi maternal dapat direhabilitasi.
4. Meningkatkan konseling perkawinan guna mencegah terjadinya sindrom deprivasi maternal aspek psikososial.
5. Meningkatkan peranan klinik remaja.
6. Penelitian lebih lanjut membutuhkan sampel yang lebih banyak.

Daftar Pustaka

1. Soerono. Sambutan Menteri koordinator kesejahteraan rakyat Republik Indonesia. Seminar nasional penelantaran dan perlakuan salah terhadap anak. Yogyakarta: GAMA, 1982.
2. Sularyo TS.Periode kritis pada tumbuh kembang balita. Dalam: Deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang anak dalam upaya optimalisasi kualitas sumber daya manusia.Naskah lengkap PKB IKA XXXVII.Jakarta: FKUI, 1996;1-16.
3. Bowlby J.The child's tie to his mother: attachment behaviour and development.In: Lavatelli CS, Stendler F,Editors; Readings in child behaviour and development, 3rd ed; New York: Harcourt Brace Jovanovich Inc, 1972;317-33.
4. Boumring D.Harmonious parents and their preschool children.In: Lavatelli CS, Stendler F, editors. Readings in child behaviour and development; 3rd ed.New York: Harcourt Brace Jovanovich Inc, 1972;433-6.
5. Ditjen Bina Kesejahteraan Sosial.Petunjuk teknis pelaksanaan dan pengentasan anak melalui panti asuhan anak.Jakarta: Departemen Sosial, 1986.
6. Ditjen Bina Kesejahteraan Sosial.Petunjuk teknis pelaksanaan pembinaan kesejahteraan sosial anak melalui panti sosial asuhan anak.Jakarta: Departemen Sosial, 1995.
7. Soetjiningsih.Tumbuh kembang anak.Dalam: Tumbuh kembang anak.Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1995;1-36.
8. Ainsworth MDS.Variables influencing the development of attachment.In: Lavatelli CS, Stendler F,editors. Readings in child behaviour and development; 3rd ed.New York: Harcourt Brace Jovanovich Inc, 1972;193-201.
9. Hurlock EB.Child development; 6th ed.Volume I.Edisi bahasa Indonesia.Alih bahasa; Tjandrasa M, Zarkasih M, Dharma A.Jakarta: Penerbit Erlangga, 1978.
10. Sularyo TS.Penanganan holistik dan komprehensif tumbuh kembang anak.Dalam: Deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang anak dalam optimalisasi kualitas sumber daya manusia.Naskah lengkap PKB IKA XXXVII. Jakarta: FKUI, 1996;239-46.

11. Humris WE. Deprivasi maternal dan kekurangan stimulasi sebagai sumber masalah bagi anak balita. Panel diskusi. Aspek kesehatan jiwa dalam pembinaan dan pengembangan anak balita. Jakarta: KS Keswara, 1985; 14-25.
12. Monks FJ, Knoers AMP, Hadinoto SR. Psikologi perkembangan. Pengantar dalam berbagai bagiannya. Yogyakarta: GAMA University Press, 1992.
13. Trastotenojo MS. Pembangunan dan tumbuh kembang anak. Naskah lengkap KONIKA IX. Semarang: PP IDAI, 1993; 13-30.
14. Trastotenojo MS. Kedokteran remaja, perspektif, dan prospek pengembangannya. Dalam: Kedokteran remaja, masa depan dan masalahnya. PIB IKA X. Semarang: IDAI Jateng & IKA FK UNDIP, 1995; 1-12.
15. Prasetyo PR. Pengaruh faktor ikatan ibu-anak pada balita risiko tinggi gangguan emosional perilaku. Dalam: Deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang anak dalam upaya optimalisasi kualitas sumber daya manusia. Naskah lengkap PTB IKA XXXVII. Jakarta: FKUI, 1996; 247-58.
16. Adry RG. Paternal and maternal roles and delinquency. WHO 1962; 31-44.
17. Mead MA. Cultural anthropologists approach to maternal deprivation WHO 1962; 45-62
18. Wotton BA. A social scientists approach to maternal deprivation. WHO: 1962; 63-74.
19. Ainsworth MDS. The effects of maternal deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategy. WHO 1962; 76-97.
20. Prugh DG, Harlow RG. "Masked deprivation" in infants and young children. WHO 1962; 9-31.
21. Bee H. The development of social relationships. In: The developing child; 3rd ed. New York, Harper & Row Publisher, 1981; 327-60.
22. Gunarsa SD. Dasar dan teori perkembangan anak. Jakarta: BPK Gunung Mulia, 1997.
23. Adiyanti MG. Perkembangan kelekatan anak. Tesis. Yogyakarta: Fakultas Pasca Sarjana. 1989. (Tidak dipublikasikan)
24. Bell SM. The development of the concept of object as related to infant-mother attachment. In: Lavatelli CS, Stendler F, editors. Readings in child behaviour and development; 3rd ed. New York: Harcourt Brace Jovanovich Inc, 1972; 184-92.

25. Hadinoto SR. Tingkah laku lekat dalam hubungan ibu dan anak. Dalam: Naskah lengkap kongres Perinasia I. Yogyakarta: 1983:106-16.
26. Klaus MH, Kennel JH. Care of the mother, father, and infant. In: Fanaroff AA, Martin RJ; editors. Neonatal-perinatal medicine. Diseases of the fetus and infant. St. Louis: Mosby Year Book, 1992; 465-77.
27. Mussen PH, Conger JJ, Kagan J, Huston AC. Child development and personality; 6th ed. Edisi dalam bahasa Indonesia. Alih bahasa. Budiyo FX, Widiyanto G, Gayatri A. Jakarta: Penerbit Arcan, 1994.
28. Petri HL. Motivation: theory and research. California: Wadsworth Publishing Company, 1979.
29. Markum AH. Tumbuh-kembang. Dalam: Buku ajar ilmu kesehatan anak. Jilid 1. Penyunting; Markum AH, Ismail S, Alatas H, dkk. Jakarta: FKUI, 1991; 19-41.
30. Satoto. Tumbuh kembang balita dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Dalam: Simposium Tumbuh kembang balita. "Anak Indonesia sehat, ceria dan berprestasi". PBIKA FK UNDIP. Semarang: Lab/UPF IKA FK UNDIP, 1991; 1-10.
31. Sears RR, Maccoby EE, Levin H. Patterns of child rearing. New York: Row Peterson, 1957.
32. Gerungan WA. Psikologi sosial. Bandung: PT Eresco, 1996.
33. Hurlock EB. Child development; 6th ed. Volume II. Edisi bahasa Indonesia. Alih bahasa; Tjandrasa M, Zarkasih M, Dharma A. Jakarta: Penerbit Erlangga, 1978.
34. Daengsari DP, Joewono EB. Perkembangan jiwa anak dan cara penilaiannya. Dalam: Gizi dan tumbuh kembang. Naskah lengkap PKBIKA VII. Jakarta: IKA FKUI, 1983; 63-73.
35. Wirotomo P. Profil dan pengaruh sosial pendamping anak saat ibu bekerja. Dalam: Seminar profil pendamping anak selama ibu bekerja. Jakarta: 1989.
36. Ditjen Bina Kesejahteraan Sosial. Petunjuk teknis pelaksanaan pembinaan kesejahteraan sosial keluarga melalui penitipan anak. Jakarta: Departemen Sosial, 1991.
37. Akhir YA. Pengaruh pendamping anak selama ibu bekerja terhadap perkembangan psikis anak. Dalam: Seminar profil pendamping anak selama ibu bekerja. Jakarta: 1989.

38. Foye H, Sulkes S. Developmental and behavioral pediatrics. In: Behrman RE, Kliegman RM; editors. Nelson Essentials of pediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 1994;1-53.
39. Erikson EH. Childhood and society. New York: Norton, 1963.
40. Musa DA. Kecelakaan pada balita. Dalam: Deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang anak dalam optimalisasi kualitas sumber daya manusia. PKB IKA XXXVII. Jakarta: FKUI, 1996;85-102.
41. Budiman M. Peran orang tua dalam perkembangan anak. Dalam: Buku ajar ilmu kesehatan anak. Jilid 1. Penyunting. Markum AH, Ismail S, Alatas H, dkk. Jakarta: FKUI, 1991;42-71.
42. Doll EA. Vineland social maturity scale. Washington: American Guidance Service, 1965.
43. Editorial. Biological basis for interpretation. WHO 1990;4-16.
44. Pusat Data Kesehatan. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1994.
45. Keusch GT. Malnutrition, infection, and immune function. In: Suskind RM, Suskind LL, editors. The malnourished child. New York: Raven Press, 1990;37-59.

